

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1935

N°.....

THÈSE 651

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

GRINBAUM Haim

Né le 19 Janvier 1907, à Gabin (Pologne)

LA MATERNITÉ CONSCIENTE

(pour une puériculture avant la procréation)

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS — PALAIS-ROYAL

PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	Maurice VILLARET.
	LEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	PROUST.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	SERGEANT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	

Clinique chirurgicale orthopédique de
l'adulte

MM.
MATHIEU.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
VERNE.
MOCQUOT.

Professeurs sans chaire

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Pathologie médicale	BÉNARD (Etienne).
Pathologie médicale	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'AILLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryntologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LÉVY.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÉNÈQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.
Hydrologie.....	Justin BEZANÇON.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
	ALAJOUANINE.
	AUBERTIN.
	BRULE.
	CHABROL.
	CHIRAY.
	DONZELOT.
	DUVOIR.
	LIAN.
	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
	SÉZARY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
	BROCQ.
	CADENAT.
	GATELLIER.
	HEITZ-BOYER.
	MOURE.
	QUÉNU.
Clinique obstétricale	SCHWARTZ.
	VELTER.
	ECALLE.
	GUENIOT.
	LE LORIER.
	LEVY-SOLAL.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrège.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATERNITÉ CONSCIENTE

(pour une puériculture avant la procréation)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

GRINBAUM Haim

Né le 19 Janvier 1907, à Gabin (Pologne)

LA MATERNITÉ CONSCIENTE

(pour une puériculture avant la procréation)

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

IMPRIMERIE

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS — PALAIS-ROYAL

PARIS

1935



A MA MÈRE

et

A MON PÈRE

Qui nous ont toujours entouré
de la plus douce affection et d'un
dévouement sans bornes.

Témoignage d'une très grande
affection filiale.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE,

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Accoucheur des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.*

A qui nous exprimons notre
très respectueuse reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.

A MON MAITRE L. DEVRAIGNE,

*Chef de service à la Maternité de Lariboisière,
Commandeur de la Légion d'Honneur,*

Dont nous avons pu recueillir,
au cours de notre stage, le pré-
cieux enseignement qui nous a
inspiré cette thèse.

Témoignage d'admiration et de
profonde gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

et

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS,

Hommage respectueux et re-
connaissant.

A MON AMIE E. STEREN,

Dont l'amitié nous a donné
beaucoup de courage pendant nos
études.

Témoignage d'une très grande
affection.

A MON AMI LÉON OLER,

Qui me fit aimer et comprendre
l'action sociale,

En témoignage d'une très gran-
de amitié.

PREFACE

Un des traits caractéristiques de la société moderne est la contradiction qui existe entre les possibilités qu'offre l'énorme progrès scientifique d'organiser rationnellement la vie et l'anarchie régnant dans presque tous les domaines de l'activité humaine.

La procréation, l'une des plus importantes fonctions de l'individu, n'échappe pas à cette contradiction. Là encore, le principe du « laisser faire, laisser passer » est souverain.

Chaque individu procrée pendant toute la période de la vie, où cette fonction est physiologiquement possible, sans tenir compte des notions élémentaires de l'hygiène de la procréation, ni de son état physique et moral.

Chaque agriculteur sait que, pour la semence, il faut choisir les meilleures graines ; chaque éleveur cherche à accoupler ses femelles avec les mâles de la meilleure race. Mais l'homme lui-même accomplit sa fonction génératrice dans l'ignorance quasi-totale de la branche la plus jeune de l'hygiène : l'*Eugénique* ou *Hygiène de la procréation*.

Les résultats en sont tout à fait déplorables. Des nombreuses maladies et tares héréditaires se transmettent d'une génération à l'autre compromettant de plus en plus l'état physique, intellectuel et moral de l'espèce humaine. La dégénérescence fait des ravages indiscutables. Cependant personne n'intervient pour mettre fin à cette éternelle transmission des tares héréditaires. Personne ne veille à ce que

soient seules transmises, à travers les générations, les qualités physiques et intellectuelles de l'espèce.

La cause ? L'interprétation erronée que la société donne de la procréation.

On la considère généralement comme une fonction essentiellement individuelle qui n'entre pas dans les préoccupations, qui ne tombent pas sous le contrôle des institutions publiques dont la tâche est de défendre la santé de la collectivité. On pense que l'immixtion de l'Etat dans ce domaine serait un attentat à la liberté individuelle.

Nous pensons, au contraire, que la procréation est une fonction de l'individu à caractère essentiellement social. L'avenir de la race humaine dépend dans une grande mesure de la sélection par la procréation. Ou bien ce sont les individus sains au point de vue physique et intellectuel, ou bien ce sont les individus incapables et malades qui fournissent la plus nombreuse progéniture. Dans le second cas, les tares physiques et intellectuelles iront en augmentant de génération en génération.

Dans le règne animal la sélection élimine les faibles, les débiles et favorise les forts. Dans la société humaine règne la contre-sélection. La collectivité s'impose « des charges des plusieurs dizaines des milliards » pour protéger les enfants anormaux et arriérés qui rien qu'en France sont au nombre de 80.000 (1), pour leur enseigner les notions les plus élémentaires de la vie collective. Ainsi est favorisée leur procréation.

Malheureusement, dans le même temps, des enfants

(1) « Le traitement médical et pédagogique des enfants déficients et arriérés mentaux ». Les Echos de la Médecine, 15 février 1932, N° 4.

sains et intelligents sont abandonnés à la pire misère qui détruit la santé physique et morale des peuples.

Pour empêcher définitivement les malades ou les tarés de nuire à la collectivité en procréant des nouveaux malheureux — il faut que la maternité ne soit pas un hasard, mais qu'elle soit *consciente et contrôlée*.

La société devrait donc faire une large diffusion dans les masses populaires des principes eugéniques et prendre des mesures législatives appropriées pour pouvoir agir contre les réfractaires et contrôler l'état de santé des procréateurs.

Le statisticien Susmilch a écrit en 1742 : « Nous sortons de cette vie par trois portes : l'une, immense, aux proportions colossales, par laquelle passe une foule de plus en plus considérable, c'est la porte des maladies ; la seconde, de moindre importance, et qui semble se rétrécir graduellement, c'est celle de la vieillesse ; la troisième, sombre, d'apparence sinistre, toute maculée de sang et qui s'élargit chaque jour, c'est la porte des morts violentes, et notamment, celle du suicide ».

Ce qu'écrivait Susmilch en 1742, à la veille des grandes transformations qu'a subies l'Europe, présente encore de l'intérêt à l'heure actuelle, au seuil des nouvelles transformations profondes de l'Humanité.

La réduction au minimum de la première et de la troisième portes et l'énorme agrandissement de la seconde étaient et restent les plus grandes aspirations de l'humanité. L'effort scientifique pour réaliser ces aspirations : voilà l'honneur et le mérite de la médecine. Grâce au génie de Jenner, de Pasteur, de Claude Bernard, de Koch, de Roentgen, d'Ehrlich, de Pierre Curie, de Curie-Skladewska et autres hommes de science, grâce à l'effort quotidien d'un

grand nombre de praticiens dont les noms même sont inconnus, la Médecine a réussi à se rapprocher beaucoup de son noble but. Elle pourrait faire beaucoup plus si elle utilisait davantage l'apport des autres branches scientifiques et surtout celui des sciences sociales. Nous pensons qu'en ayant recours à l'Eugénique, la porte de la vieillesse pourrait être largement ouverte tandis que les autres seraient réservées à des cas tout à fait exceptionnels.

Nous ne prétendons rien innover. Dans toutes les bibliothèques, on peut aujourd'hui trouver de gros volumes dans lesquels des auteurs connus et sérieux défendent les principes de l'Eugénique. Il est seulement regrettable qu'ils restent ignorés des larges couches populaires. Notre modeste ambition est d'exposer dans ce travail les différents points de vue, de les éclairer par des statistiques récentes et de donner notre modeste opinion sur les différents problèmes d'Eugénique.

Nous espérons par cela contribuer à la réalisation des nobles vœux de Morel (2).

« Mes vœux seront atteints le jour où je verrai se grossir le nombre des médecins dont les efforts auront pour but l'amélioration intellectuelle, physique et morale de l'espèce humaine ».

(2) Morel : Les Dégénérescences.

INTRODUCTION

Dans chaque cas de procréation, entre en jeu l'hérédité, c'est-à-dire l'aptitude que possède chaque individu à transmettre à ses descendants des qualités naturelles ou acquises.

L'hérédité se manifeste sous la forme d'hérédité physiologique quand elle transmet la constitution anatomique et chimique des organismes, y compris leurs aptitudes fonctionnelles, soit physiques, soit mentales.

Elle se manifeste sous la forme d'hérédité pathologique lorsqu'elle transmet aux descendants les maladies des ascendants.

L'hérédité pathologique consiste tantôt en une altération anatomique, tantôt en une modification vicieuse de la composition histo-chimique de certains groupes d'éléments cellulaires, tantôt en une altération dans la composition chimique des humeurs (sang, lymphe) ou des liquides organiques.

La fécondation met en opposition deux forces adverses : la puissance héréditaire individuelle et la puissance héréditaire ancestrale. La première essaie d'introduire du nouveau, la seconde fait tous ses efforts pour ramener le rejeton du type primitif de l'espèce.

L'enfant hérite de ses père et mère. Jamais l'un des deux n'a une action exclusive, mais toujours l'un des deux a une action prépondérante.

Le rejeton peut ressembler à l'un de ses parents par les caractères morphologiques et à l'autre par ses qualités mentales. Le professeur Ch. Debierre (1) cite l'intéressant exemple de Lislet-Geoffroy « le seul correspondant noir qu'ait eu l'Institut, qui, fils d'un français et d'une négresse fort peu intelligente, avait emprunté à sa mère les traits de la race nègre et à son père ses facultés intellectuelles et son caractère élevé. »

Très souvent on remarque chez un descendant une réapparition d'un caractère quelconque des ascendants, mais demeuré latent pendant plusieurs générations ou pendant une série incalculable de générations. Ce retour vers la forme d'un aïeul lointain est appelé *hérédité ancestrale* ou *atavisme*.

En vertu de ce dernier, les caractères spécifiques d'une race se transmettent de génération en génération.

L'atavisme était connu des Grecs. Plutarque raconte qu'une femme grecque ayant mis au monde un enfant noir, et étant appelée en justice pour adultère, allégua pour sa défense qu'elle descendait en quatrième ligne d'un Ethio-pien (2).

Les facultés sensorielles, la mémoire, l'imagination, les penchants, les aptitudes intellectuelles, les instincts, les passions peuvent également être transmis par l'hérédité.

« La famille des Bach, écrit Lombroso, (3) présente peut-être le plus beau cas d'hérédité mentale : elle commence en 1550, traverse huit générations, et le dernier membre connu est Reine-Suzanne Bach qui vivait en 1800 dans

(1) Prof. Ch. Debierre, *Hérédité normale et pathologique*, 1910, p. 6.

(2) *Ibid.*, p. 11.

(3) C. Lombroso. *L'homme de génie*, 1903, p. 204.

l'indigence. Il sortit de cette famille pendant près de deux-cents ans une foule d'artistes de premier ordre. Son chef fut Veit Bach, boulanger à Presbourg, qui se délassait de son travail par le chant et la musique. Il eut deux fils par lesquels commença cette suite non interrompue de musiciens qui inondèrent la Thuringe, la Saxe et la Franconie pendant près de deux siècles. Tous furent organisés ou chantres d'église. Lorsque, devenus trop nombreux pour vivre rapprochés, ils durent se disperser, ils convinrent de se réunir une fois chaque année à un jour fixe. Cet usage se conserva jusqu'au milieu du XVIII^e siècle et plusieurs fois, on vit jusqu'à 120 personnes du nom de Bach, réunies au même endroit. Dans cette famille, Fétis compte 57 musiciens dont 29 furent des artistes éminents ».

D'autre part, l'exemple cité par le Professeur Debierre de la famille Chrestien dont dix membres dans l'espace de trois générations, sont morts au bagne, démontre assez l'hérédité de la tendance au vol et au meurtre.

L'hérédité ne crée rien. Elle ne fait que transmettre la constitution et les qualités des parents aux enfants. C'est une force considérable qui rattache chaque individu au passé et à l'avenir les plus lointains. Le professeur Debierre (4) a raison quand il dit : « L'homme pense et agit, non pas spontanément, mais selon le sang qu'il a dans les veines, c'est-à-dire selon son hérédité. Il sent, il pense, il veut beaucoup plus par ses aïeux que par lui-même. C'est le mort qui, du fond de son tombeau, où il n'est devenu que poussière, commande au vivant ».

La puissance héréditaire est composée de deux forces qui sont en lutte permanente. Une force conservatrice dé-

(4) Ch. Debierre, Ouvrage cité, p. 16.

termine que le fond demeure le même chez les ascendants et chez les descendants, l'autre, force évolutive, transmettant les caractères acquis par l'organisme, modifie les êtres et tend à les transformer. C'est grâce à cette dernière force que, tout en descendant de nos parents, nous n'en sommes pas la copie servile.

Par l'hérédité des caractères acquis, soit lentement par sélection, soit brusquement par variation embryonnaire, les êtres d'une même race peuvent devenir le point de départ d'une nouvelle race.

Comme l'hérédité est très étroitement liée à la procréation, on comprend quel rôle important, sans être exclusif, cette dernière joue dans la grande question de *la Variation des espèces et du Transformisme*.

La génération sexuelle a une tendance à faire disparaître les variations fortuites et à maintenir constant le type d'une race, car les propriétés communes aux père et mère sont seules *certainement* transmises.

Mais si les conditions nouvelles déterminent l'acquisition par de nombreux individus des mêmes particularités nouvelles soit saines soit pathologiques, cette même génération sexuelle devient un puissant instrument de transformation du type d'une race.

Si les individus tarés ou imprégnés d'un vice constitutionnel deviennent de plus en plus nombreux, les unions entre ces individus deviennent de plus en plus fréquentes. De ces unions, il ne peut sortir et il ne sort la plupart du temps que des êtres dégénérés, destinés comme fatalement à souffrir et à jeter dans le milieu social des éléments inférieurs qui ne peuvent qu'en abaisser la résistance physique et le niveau mental.

Il appartient à la Société, par une juste politique de

« puériculture avant la procréation » (prof. Couvelaire) d'écarter de la procréation des familles comme celle de Chrestien (5) et de favoriser la reproduction des familles comme celle de Bach (6) qui « compte 57 musiciens, dont 29 furent des artistes éminents » et qui n'était pas très favorisée par la collectivité, si son « dernier membre connu, Reine-Suzanne Bach, vivait en 1800 dans l'indigence ».

La politique de « puériculture avant la procréation » doit tenir compte du fait que la plus importante cause de dégénérescence est l'hérédité morbide, dissemblable ou similaire, mais qu'elle « n'est pas la cause première, ou du moins ne l'est pas chez le premier malade de la série. Ce premier malade doit recevoir cette maladie par influence morbide quelconque et c'est après que l'hérédité intervient pour perpétuer l'effet de cette cause » (7).

Les maladies héréditaires et familiales sont nombreuses. Nous ne voulons citer, d'après M. O. Crouzon (8), que les plus importantes et nous arrêter dans les chapitres suivants un peu plus longuement sur la syphilis, la tuberculose, les maladies mentales et l'alcoolisme, qui, par les ravages qu'ils causent dans la société sont devenus de véritables fléaux.

(5) et (6) Voir, p. 16 et 17.

(7) K. G. Rakowsky : « De la question de l'étiologie du crime et de la dégénérescence », thèse de Montpellier, 1897, p. 92.

(8) O. Crouzon, *Pratique Médico-Chirurgicale*, tome V, 1931, p. 469-73.

CLASSIFICATION DES MALADIES FAMILIALES TYPIQUES

1. *Maladies familiales, dans lesquelles les lésions jusqu'ici constatées sont à prédominance encéphalique* : Maladies mentales familiales, idiotie amaurotique de Tay-Sachs; maladie de Wilson ; diplégie cérébrale infantile : type Freud, type Pesker, type Cestant et Guillain ; atrophie cérébelleuse (Bourneville et Crouzon) ; hérédo-ataxie cérébelleuse.

2. *Maladies familiales dans lesquelles les lésions jusqu'ici constatées sont à prédominance spinale* : Maladie de Friedreich ; paraplégie spasmodique (Strupell, Lorrain) ; amyotrophie Charcot-Marie.

3. Névrites hypertrophiques familiales (type Gombault-Dejerine et Sottas, type Pierre-Marie-Boverie).

4. *Maladies musculaires* : myopathies ; maladie de Thompson ; myotonie atrophique ; paralysie périodique.

5. Chorées, myoclonies, tremblements.

6. Troubles trophiques familiaux, œdème, trophœdème, adipose, neuro-fibromatose.

7. Affections neuro-oculaires familiales.

8. Maladies familiales des glandes endocrines, des viscères et des os, ressortissant au système nerveux ou rentissant sur lui.

CLASSIFICATION DES MALADIES FAMILIALES DYSTROPHIQUES.

1. Dystrophies osseuses familiales.

2. Dystrophies familiales de la peau et des phanères.

3. Dystrophies oculaires : la cataracte congénitale, le glaucome, etc...

4. L'Hémophilie.

5. Dystrophies viscérales familiales : les dysthyroïdies, la maladie de Basedow, l'acromégalie familiale.

6. Dystrophies des organes génitaux : l'hermaphrodisme héréditaire et familial, les dystrophies ovariennes et testiculaires familiales.

A côté de ce groupe, il faut citer les dystrophies rénales et hépatiques et certaines hérédités de tempérament.

« Les notions essentielles de la puériculture — puériculture avant la procréation, pendant la gestation, après la naissance — doivent être enseignées, diffusées, rappelées sous des formes appropriées, en particulier chaque fois que l'individu est placé dans le champ d'action de l'Etat : à l'école, à la caserne, au moment du mariage, au moment de la déclaration de naissance d'un enfant ».

Prof. COUVELAIRE (Obstétricie Sociale).

LA SYPHILIS

Dans ce chapitre, nous ne nous occuperons que de la syphilis acquise qu'en tant que source première de l'hérédosyphilis. La syphilis acquise est une maladie beaucoup plus répandue qu'on ne le soupçonne généralement. 40.000 (1) individus la contractent en France chaque année et ont la pleine liberté de la transmettre à leurs enfants.

Les circonstances dans lesquelles la transmission du tréponème peut se faire des générateurs au produit sont au nombre de quatre (Jeanselme et Sézary) (2) :

1° Le père et la mère sont, l'un et l'autre, syphilitiques à l'époque de la conception.

(1) Fernand Boverat, Danger des mesures préconisées pour éviter la naissance des enfants anormaux. Hygiène et vie. Juillet 1933, p. 17.

(2) Jeanselme et Sézary. Précis de syphilographie et des maladies vénériennes.

2° La mère est syphilitique avant la conception.

Dans les deux cas, pour expliquer la contamination du produit, on peut faire l'une des hypothèses suivantes : ou bien l'ovule maternel a été infecté avant d'être fécondé, ou bien il n'a reçu le tréponème qu'après la conception.

D'après Levaditi et Sauvage l'infection ovulaire d'emblée est possible. Mais il est probable que le plus souvent la pénétration du tréponème dans l'œuf se fait après la fécondation par voie ultéro-placentaire (Jeanselme et Sézary).

Cette explication est la seule possible quand :

3° La mère saine à l'époque de la conception est contaminée pendant le cours de sa grossesse. Lorsque la mère contracte la syphilis après la conception, elle la transmet, d'après le professeur Debierre, à peu près sûrement au fœtus, si l'infection survient avant le 5^e mois : l'enfant peut être indemne de syphilis si la mère est contaminée du 5^e au 8^e mois. Aux 8^e et 9^e mois, l'enfant échappe à peu près sûrement.

Le rôle de la mère en ce qui concerne l'hérédo-syphilis est prépondérant. « Une femme saine en apparence, ayant eu des enfants syphilitiques nés d'un premier mari, peut, au cours d'une seconde union, avec un homme indemne de toute tare spécifique, donner naissance à des enfants entachés de syphilis (hérédité dite par imprégnation). De sorte qu'un homme marié à une veuve peut trouver dans sa descendance des tares léguées par le premier mari » (Jeanselme et Sézary).

L'importance de cette notion n'échappera à personne. Un traitement énergique fait à une telle femme « saine en apparence » est la seule garantie de préserver ses enfants d'hérédo-syphilis. Mais combien y a-t-il de femmes saines

en apparence qui, à cause de l'ignorance et d'absence de contrôle, ne subissent pas ce traitement.

4° Le père est syphilitique, la mère est saine en apparence.

Il y a une théorie qui prétend que le spirochète de Schaudinn est transmis directement par le spermatozoïde à l'embryon, et qu'ensuite la mère est infectée par le fœtus qu'elle porte (syphilis conceptionnelle). Mais il est probable que l'infection suit une marche précisément inverse. La femme est contaminée directement par son mari pendant la conception ou pendant la grossesse et ensuite la syphilis maternelle est transmise par voie utéro-placentaire à l'ovule fécondé qui est primitivement sain.

En résumé, il faut distinguer au point de vue théorique deux formes d'hérédo-syphilis : 1° Syphilis héréditaire : quand la syphilis se transmet par le spermatozoïde ou l'ovule, ou par l'un et l'autre ; 2° Syphilis congénitale : quand c'est la mère qui infecte intérieurement le fœtus par voie utéro-placentaire.

La syphilis héréditaire diffère essentiellement au point de vue clinique de la syphilis acquise. Dans la première, la maladie est beaucoup plus grave, l'éclosion est soudaine, la marche continue et on ne peut retrouver, comme dans la syphilis de l'adulte, cette division typique en trois périodes tranchées.

Ces caractères expliquent pourquoi la syphilis est si fœticide et pourquoi elle fait tant de ravages parmi les tout petits enfants.

MORTALITÉ FOETALE AU COURS DE LA GESTATION

La syphilis est une des causes les plus importantes de la mortalité foetale. Les archives de la clinique Baudelocque (3) donnent, pour la période 1890-1919, sur 57.642 naissances : 1.769 expulsions du fœtus mort pendant la gestation avant le début de la parturation, soit une proportion de 30 pour mille naissances.

L'enquête clinique a permis de rattacher ces morts foetales :

Dans 653 cas, à la syphilis ;

- » 346 » aux syndromes dits de toxémie gravidique ;
- » 175 » à des causes variées ;
- » 572 » à des causes indéterminées.

« Dans cette dernière catégorie, écrit le professeur Couvelaire (4), un grand nombre de cas relèvent en réalité de la syphilis latente des procréateurs ou de leurs ascendants, assez souvent mise en évidence à l'heure actuelle par l'examen du sang. Depuis que, dans mon service, continue-t-il, la réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée systématiquement, la proportion des cas de mort du fœtus attribuables à la syphilis s'est élevée à peu près de la moitié de l'ensemble de la mortalité foetale ».

Il nous semble qu'on ne peut pas mieux montrer le rôle important de l'hérédo-syphilis dans la dénatalité des peuples.

Voici une très intéressante statistique du professeur Couvelaire (5) montrant les relations étroites entre la mor-

(3) Prof. A. Couvelaire, Obstétricie sociale. Traité de pathologie médicale. Collection Sergent, T. XXXIII, p. 48.

(4) Prof. Couvelaire, ouvrage cité, p. 48.

(5) Prof. Couvelaire, ouvrage cité, p. 52.

talité foétale et la syphilis maternelle traitée et non traitée et les différents âges de la syphilis maternelle :

MORTALITÉ FOETALE

	Syphilis maternelle non traitée	Syphilis mat. traitée
1° Syphilis contractée pendant la gestation	70 %	30 %
2° Syphilis récente contractée avant la gestation	65 %	15 % traitée pendant la gestation 3 % traitée pendant et avant la gestation.
3° Syphilis ancienne	20 %	8 %

Nous voyons donc que la forme la plus destructive est la syphilis contractée pendant la gestation, mais sa mortalité est notablement diminuée (de 70 à 30 p. 100) par le traitement maternel. Les ravages de la syphilis maternelle sont réduits au minimum (3 %) si elle est traitée avant et pendant la gestation.

MORTALITÉ DES NOUVEAU-NÉS.

Si la syphilis n'atteint pas mortellement ses petites et innocentes victimes dans le sein de leurs mères, elle les achève en grand nombre tout de suite après la naissance. Cette mortalité est relativement considérable. C'est ainsi qu'en 1920, dans le service du professeur Couvelaire de la clinique Baudelocque, sur 3.021 enfants nés vivants, 103 sont morts avant le dixième jour.

« Les causes de ces morts, écrit M. Couvelaire, sont : « ...surtout on ne saurait trop y insister, la débilité congénitale par prématuration et les maladies foétales héréditaires au premier rang desquelles on retrouve la *syphilis* ».

En effet, sur 103 morts, il a trouvé 84 prématurés. Parmi ces 84 prématurés débiles morts avant le dixième jour, M. Couvelaire a reconnu l'existence d'une syphilis des procréateurs dans 17 cas, soit une proportion maxima de 1 sur 5.

MORTALITÉ DES HEREDO-SYPHILITIQUES AU COURS DE LA PREMIERE ANNÉE

La syphilis ne lâche pas ses petites proies et au cours de la première année de leur existence, elle en emporte un nombre considérable. Très intéressant à ce point de vue est le tableau suivant de M. J. Godard sur la mortalité infantile en 1929 à Paris.

Principales causes de décès au-dessous d'un an (Paris 1929)

Maladies	Décès	Pourcentages
Rougeole	84	264 6,1
Coqueluche	64	
Diphthérie	54	
Erysipèle	62	
Tuberculose (y compris méningite)	104	2,4
Syphilis	49	1,1
Méningite simple	137	244 5,7
Convulsions	107	
Broncho-pneumonie	786	18,3
Diarrhée et entérite	1.187	27,6
Débilité congénitale et vice conf.	1.086	25,2
Autres affections	585	13,6
Total	4.305	100

La syphilis n'assume sous son étiquette propre que 1.1 pour 100 des décès. C'est que les lacunes et les imprécisions des statistiques en ce qui concerne la syphilis sont nombreuses. Elles relèvent des causes suivantes : méconnaissance du diagnostic d'un certain nombre de cas ou dissimulation voulue du diagnostic, inscription des décès qui lui sont attribuables sous des rubriques afférentes à diverses maladies. C'est ainsi, par exemple, que parmi les tares héréditaires causant un grand nombre de naissances prématurées et provoquant la débilité congénitale, la syphilis a une place prépondérante (voir la citation du professeur Couvelaire, p. 27).

Selon le professeur Marfan on peut attribuer la mort des enfants de moins d'un an :

- Dans 25 p. 100 des cas à la syphilis ;
- » 25 p. 100 des cas à la débilité congénitale ;
- » 25 p. 100 des cas à la diarrhée cholériforme ;
- » 25 p. 100 des cas à la broncho-pneumonie.

Très intéressantes et instructives à ce sujet sont les deux statistiques suivantes du professeur Couvelaire (6) :

PREMIERE STATISTIQUE

Hérédo-syphilitiques nés vivants de mères non traitées pendant la gestation et n'ayant reçu eux-mêmes aucun traitement depuis leur naissance :

10 enfants vivants de mères ayant contracté la syphilis pendant la gestation :

Vivant à 1 an	1
Morts avant 1 an	9

(6) M. Couvelaire, ouvrage cité, p. 52-53.

15 enfants nés vivants de mères ayant contracté la syphilis avant la gestation :

Vivants à 1 an 2

Morts avant 1 an 13

12 enfants nés vivants de mères ayant une syphilis ancienne :

Vivants à un an 11

Morts avant 1 an 1

Soit en bloc 62 pour cent de mortalité.

DEUXIEME STATISTIQUE

Hérédo-syphilitiques nés vivants, la mère ayant été traitée pendant la gestation :

18 enfants nés vivants de mères ayant contracté la syphilis pendant la gestation et ayant été traitées :

Non traités :

Vivants à 1 an 2

Morts à 1 an 3

Traités :

Vivants à 1 an 11

Morts avant 1 an 2

82 enfants nés vivants de mères ayant contracté la syphilis avant la gestation et traitées pendant la gestation :

Non traités :

Vivants à 1 an 20

Morts avant 1 an 6

Traités :

Vivants à 1 an 54

Morts avant 1 an 2

48 enfants nés vivants de mères ayant contracté la syphilis avant la gestation, traitées avant et pendant la gestation :

Non traités :

Vivants à 1 an	10
Morts avant 1 an	4

Traités :

Vivants à 1 an	33
Morts avant 1 an	1

Soit en bloc 26 p. 100 de mortalité pour les enfants non traités, 5 p. 100 pour les enfants traités.

De ces documents, M. Couvelaire (7) tire les conclusions suivantes :

« 1° Le traitement transplacentaire pendant la gestation ne suffit pas toujours à stériliser le fœtus. L'enfant doit être systématiquement traité après la naissance, et souvent pendant longtemps.

« 2° Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque la syphilis est traitée non seulement pendant la gestation, *mais avant la procréation*.

« 3° L'action thérapeutique est d'autant plus efficace qu'elle s'exerce plus précocement dès le début de l'infection tréponémique ».

Les enfants non traités des syphilitiques, qui ont échappé à la mort dans leur tout jeune âge, sont toujours poursuivis par la terrible maladie de leurs parents. C'est parmi eux que se recrute le plus grand nombre d'anormaux. Selon M. Fernand Boverat (8), vice-président du Conseil

(7) Prof. Couvelaire, ouvrage cité, p. 53.

(8) F. Boverat. Danger des mesures préconisées pour éviter la naissance des enfants anormaux. Hygiène et Vie, 7 juillet 1933, p. 17.

supérieur de la Natalité, la syphilis est « procréatrice de monstres et des fous ». M. J. Lauzier (9), après avoir étudié les différentes catégories de l'arriération mentale, constate que « *syphilis*, tuberculose et alcoolisme sont à la base de l'enfance déficiente. Ces grandes infections, écrit-il, et intoxications chroniques, particulièrement la syphilis, apparaissent en définitive comme responsables de la majorité des anomalies mentales de l'enfance, ainsi que des troubles et des désordres de la santé générale qui les accompagnent ».

Les enfants de syphilitiques non traités ne peuvent pas échapper à la syphilis comme le pense la loi de Profeta (1865). Le Dr Carle (10) écrit : « Un enfant né d'une mère syphilitique est le plus souvent syphilitique lui-même malgré toutes les apparences d'intégrité à sa naissance ».

Les enfants de syphilitiques les mieux développés peuvent être syphilitiques. La tare héréditaire peut être bénigne, latente et ne se produire qu'à l'adolescence ou même à l'âge adulte par des accidents mineurs, qui, le plus souvent, n'éveillent pas d'emblée l'idée de syphilis.

Nous voyons donc que la syphilis est une maladie essentiellement héréditaire.

Comment empêcher sa transmission de génération en génération ?

Faut-il interdire aux syphilitiques la procréation ? Non !

La syphilis est guérissable sous l'influence du traitement. Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque la syphilis est traitée non seulement pendant la gestation, mais *avant la procréation*. Il faut donc que tous les syphilitiques

(9) J. Lauzier. L'enfance déficiente. Revue d'Hygiène, tome 56, 2 février 1934, p. 128.

(10) Dr Carle (de Lyon) : Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. La Presse Médicale, 24 avril 1920.

subissent un traitement avant la procréation. Malheureusement, cela arrive très rarement. Très souvent, on ne se soigne pas par négligence et manque de responsabilité à l'égard de l'enfant qui doit naître. Mais le plus souvent les parents syphilitiques ignorent complètement l'état réel de leur maladie. Le cas cité par notre maître Devraigne (11) est, à ce point de vue, tout à fait caractéristique.

« Je viens d'observer, écrit notre maître Devraigne, dans mon service un cas de *syphilis héréditaire* qui faillit se terminer par la mort de l'enfant : celui-ci, grâce à un traitement intensif et des soins minutieux, est actuellement sauvé. Rien ne pouvait nous faire soupçonner d'abord la syphilis : l'enfant pesait à la naissance 3.750 grammes et avait un placenta de 600 grammes, l'œuf avait semblé normal, sans excès de liquide ; le rapport du poids entre l'enfant et son placenta était normal, la mère allait nourrir. Tout semblait donc pour le mieux. En effet, après une chute de poids de 250 grammes le troisième jour, la courbe de poids remonte et en quatre jours l'enfant avait gagné cent grammes. Mais après un plateau de trois jours l'enfant perd 400 grammes en deux jours, présentant de la diarrhée ; malgré une surveillance très attentive et une diététique sévère prescrite par mon assistant, M. le docteur Daunay, en sept jours la courbe accuse encore une chute de 300 grammes et un plateau de deux jours. Les troubles digestifs s'amendent, mais des plaques muqueuses apparaissent sur les conjonctives : nous faisons conduire l'enfant chez le docteur Poulard pour ses troubles oculaires et là on se montre très réservé pour l'avenir, nous laissant entrevoir la possibilité de la perte des deux yeux.

(11) Dr L. Devraigne. Ce qu'on ne devrait plus voir. Maman, n° 47, 10 décembre 1932.

« Nous allions mettre l'enfant au traitement spécifique quand le père, alarmé de l'état de celui-ci et voyant notre inquiétude, pris de remords tardifs, nous avoua avoir eu la syphilis en 1928 et avoir été bien traité. Sur ces entrefaites, étant contaminé et ayant contaminé sa femme, il se soigne et fait soigner celle-ci... Puis la réaction de Bordet-Wassermann étant négative chez les deux conjoints, ceux-ci cessent tout traitement. Une grossesse survenant en août 1929, la même réaction étant négative, la femme ne fait aucun traitement spécifique et a la chance, qui semble confirmer la négativité de la réaction sérologique, d'avoir une fille bien portante, à terme et qui vit.

« En février 1932, elle commence une nouvelle grossesse. Son mari et elle font faire, paraît-il, une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann qui est encore négative : rassurés par ce résultat et sans doute mal conseillés, le ménage renonce à tout traitement spécifique. Pourquoi, en cours de route, en trois mois, la femme recevra-t-elle cinq piqûres d'une solution huileuse qu'elle ne précise pas ? Toujours est-il qu'elle viendra accoucher à Lariboisière le 16 octobre, sans nous raconter son histoire, se croyant sans doute blanchie, guérie de la syphilis contractée de son mari en 1928, comme semblait le confirmer le deuxième enfant bien portant jusque-là.

« C'est donc le troisième enfant qui, par son état bien-tôt inquiétant et ses troubles oculaires qui firent craindre la cécité, tira le ménage de sa quiétude complète et amena le père à nous faire des aveux un peu tardifs...

« Le traitement suivi pendant la dernière grossesse était ridicule et presque inexistant : l'état grave de l'enfant en était la lamentable confirmation : celui-ci risquait de payer lourdement *l'ignorance et la négligence* de son

père et prouvait du même coup que sa mère n'était pas guérie ».

« Combien de fois ne nous arrive-t-il pas, écrit plus loin le D^r Devraigne, pour nos tout petits, en l'absence de tous renseignements précis, alors qu'aucun signe clinique apparent n'existe, de penser à la syphilis héréditaire possible, lorsqu'une courbe de poids, malgré un régime alimentaire parfait, ne peut devenir ascendante !... Il s'agit dans ces cas de syphilis héréditaire larvée, de cette syphilis qui se cache, qu'il faut dépister, deviner. Mais combien la situation devait être plus claire, plus facile dans notre cas, car il s'agissait d'une syphilis acquise de quatre ans et connue par le ménage ! Et cependant, par fausse pudeur ridicule à notre époque, où le préjugé de la maladie honteuse a été balayé (et mon film sur l'hérédo-syphilis intitulé : « Il était une fois trois amis », y a peut-être été pour quelque chose), le ménage, rassuré par des réactions sérologiques négatives, n'avait pas fait d'avéux et, ce qui est plus grave, n'avait pas fait de traitement : le petit innocent né à Lariboisière, *victime de l'ignorance* de ses parents, faillit en perdre la vue et faillit même en mourir si le traitement spécifique n'était pas intervenu.

« Voilà ce qu'on ne doit plus voir en 1932 surtout à Paris où, grâce à l'initiative féconde du Professeur Couvelaire, des instituts de prophylaxie des maladies héréditaires, dirigés par des spécialistes compétents, existent dans toutes les maternités ».

Cette intéressante observation montre qu'à cause de l'ignorance et de la négligence (deux grandes pourvoyeuses de la mortalité infantile) un grand nombre de malades n'est pas du tout influencé par les Instituts de prophylaxie des maladies héréditaires. Notre maître Devraigne a pu même

dire au congrès d'assistance maternelle et infantile de Paris 1932 que 25 % des femmes qui venaient dans les maternités n'avaient pas suivi les nombreuses consultations gratuites dites pré-natales.

Que faire pour remédier à ce déplorable état de choses ?

Comment peut-on empêcher la transmission des maladies héréditaires ?

Il faut avant tout déclarer une guerre à l'ignorance. Il faut développer dans les deux sexes, depuis le jeune âge, un sentiment de responsabilité à l'égard de la procréation. Elle ne devrait pas subir la loi de l'instinct sexuel, mais la loi de la *raison*.

Il faut que la maternité soit consciente. Mais cela ne sera possible que quand les femmes et les hommes sauront se servir de moyens anticonceptionnels.

Lorsque les parents ne seront plus ignorants, lorsqu'ils auront à leur disposition des moyens anticonceptionnels, ils pourront librement choisir le moment le plus favorable à la procréation.

Mais cela ne suffit pas. Il faudrait encore que les parents se soumettent d'une façon obligatoire, avant chaque procréation, à un examen médical et que les consultations prénatales soient également obligatoires.

Alors, et alors seulement, des instituts de prophylaxie des maladies héréditaires pourraient complètement accomplir leur rôle, on ne verrait plus de cas de notre maître Devraigne et la transmission de syphilis deviendrait presque impossible. Chaque année il y aurait des milliers d'enfants sauvés.

L'hérédo-syphilis disparaîtra alors, mais non la syphilis acquise.

Cette dernière a comme source la prostitution qui, à son tour, a ses racines dans la misère. Chaque crise économique détruit la vie normale de la famille et jette de nombreux hommes et femmes dans la boue de la prostitution qui propage la syphilis.

Misère, prostitution et syphilis — voilà un cercle vicieux d'où il est impossible de sortir sans détruire la misère et ses causes.

« Quelques effroyables qu'aient été de tous temps, mais surtout de nos jours les hécatombes entraînées par les guerres qui ont ravagé l'humanité, le total des dommages, qu'elles ont causés est vraiment insignifiant par rapport à ceux autrement formidables, que l'impitoyable infection a accumulées sur les êtres humains depuis tant de millénaires ».

Auguste LUMIÈRE (Tuberculose,
Contagion, Hérité).

LA TUBERCULOSE

La tuberculose est aujourd'hui encore le fléau social le plus grave. Cent mille Français succombent chaque année à la bacillose, plusieurs centaines de mille autres, en sont atteints et en souffrent. « En Allemagne, écrit le professeur Grotjahn (1), meurent de la tuberculose chaque année, 100.000 personnes..., environ 300.000 souffrent d'une bacillose plus ou moins avancée ; ensemble, avec les asthéniques suspects, on peut évaluer à un million le nombre de compatriotes qui portent les stigmates de la tuberculose pulmonaire ».

Dans le monde entier, c'est par millions que se chiffrent annuellement ses victimes.

Sur une totalité de 2.770.153 décès, on a enregistré, au

(1) Prof. A. Grotjahn : Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung, 1926, p. 198.

cours des années 1925-1928 en France, seulement 340.323 cas de mort par sénilité, et 230.250 cas par tuberculose pulmonaire (2).

La tuberculose pulmonaire de la mère est un facteur considérable de débilité congénitale du fœtus. Les ravages qu'elle fait parmi les nourrissons sont très élevés. D'après le tableau des causes de décès au-dessous d'un an (voir page 28), la bacillose n'assume sous son étiquette propre que 2,4 pour 100.

La statistique lui attribue une part très restreinte dans la mortalité et morbidité, parce qu'un grand nombre de décès dus à la tuberculose sont classés sous d'autres rubriques (débilité congénitale, broncho-pneumonie, etc...).

Le bacille de Koch n'épargne aucun âge. Tous, les enfants, les adultes et les vieillards, payent, chaque année, à la tuberculose, un large tribut.

Le tableau suivant de M. A. Lumierre (3) est à ce point de vue très intéressant.

(2) Dr G. Ichok : Etudes sur la population française. Biologie Médicale, 5, mai 1932.

(3) A. Lumierre : Tuberculose, Contagion, Hérité, 1930, p. 145.

Mortalité, suivant les âges, pour 100 décès par tuberculose, dans chaque sexe (pour la ville de Lyon de 1906 à 1925):

Ages	Hommes	Femmes
De 0 à 2 ans	4,32	3,85
De 2 à 10 »	6,37	8,38
11 à 20 »	8,00	13,81
21 à 30 »	14,86	21,29
31 à 40 »	19,77	18,36
41 à 50 »	20,06	12,54
51 à 60 »	14,33	8,02
61 à 70 »	7,79	7,23
71 à 80 »	3,77	5,16
Au-dessus de 80 ans	0,73	1,36
	-----	-----
Totaux	100,00	100,00

Nous voyons que le maximum de destruction tuberculeuse ne se produit pas aux âges extrêmes de la vie ; c'est surtout entre 20 et 50 ans chez l'homme et 20 et 40 chez la femme que la maladie fauche la grande majorité de ses victimes. Elle tue les jeunes sujets avant qu'ils aient profité de leur vie et rempli leur rôle social.

A partir de la cinquième année de la vie, écrit M. J. Godard (4), et jusqu'au seuil de la vieillesse une seule affection est, à elle seule, responsable de près de la moitié des décès : c'est la tuberculose ».

Elle ne connaît pas de frontières. Son action destructive est internationale. Mais le taux de mortalité en France

(4) J. Godard. La situation démographique à Paris en 1929. Revue d'Hygiène, tome 56, 10, décembre 1934, p. 755.

dépasse encore celui de nombreux autres pays ainsi que le prouve le tableau suivant. (5)

Taux de mortalité par tuberculose (pour 10.000 habitants) en 1928 :

Danemark, 8.

Etats-Unis. 8.67.

Allemagne, 9.3.

Angleterre, 9.72.

Suède, 13.36.

Italie (1923), 14.3.

France, 16.5.

Autriche, 16.6.

Finland, 21.7.

Hongrie, 22.2.

On ne saurait donc trop insister, surtout en France, sur la nécessité de la lutte contre la tuberculose. Ce fléau, bien qu'en décroissance, domine encore la scène.

Tout l'effort doit être porté avant tout contre la source de cette terrible maladie. « La misère, par l'encombrement, écrit le professeur Bezançon, la mauvaise hygiène, l'alimentation insuffisante qu'elle entraîne, est un grand facteur de tuberculose. Comme l'a dit Romme, *elle est fonction des conditions économiques de l'individu*. Sur 10.000 habitants, 10,8 deviennent tuberculeux dans le quartier des Champs Elysées, 104 dans celui de Grenelle. »

L'influence des facteurs sociaux sur le développement de la tuberculose est indiscutable. La mortalité par bacillose est, d'après la statistique du professeur Bezançon, environ dix fois plus grande dans un quartier ouvrier que dans un quartier bourgeois.

(5) J. Godard, ouvrage cité, p. 736.

La récente statistique suivante de M. J. Godard (4) est également, à ce point de vue, très démonstrative.

Mortalité Spécifique (pour 10.000 habitants).

Arrondissements	Population	Tuberculose	
VIII ^e	92.027	87	9,5
Paris	2.871.429	6.519	22,7
XX ^e	186.392	611	32,8

La mortalité par tuberculose est beaucoup plus élevée dans l'arrondissement ouvrier passant de 9,5 p. 10.000 dans le VIII^e arrondissement, à 22,7 dans Paris et à 32,8 dans le XX^e arrondissement. Et M. J. Godard conclue : « Les facteurs sociaux, promiscuité et contagion, misère et sous-nutrition sont, à n'en pas douter, d'importants éléments qui favorisent la dissémination de la tuberculose. » (7)

Nous voyons donc que la prophylaxie de la tuberculose est avant tout un problème social et elle comporte avant tout la guerre contre le taudis, l'encombrement, l'alcoolisme, elle comporte en un mot, la lutte contre la misère sous toutes ses formes.

Mais cela ne suffit pas pour détruire la tuberculose. Il faut encore déclarer la guerre aux facteurs qui favorisent sa propagation. Les moyens de lutte vont être différents, si c'est par *contagion* ou par *hérédité* que cette terrible maladie se propage.

Dans l'histoire de la médecine les points de vue des médecins sur le rôle de la contagion ou de l'hérédité n'étaient jamais unanimes. C'est, tantôt l'une, tantôt l'autre, qui a conquis les esprits des hommes de science.

(6) J. Godard, ouvrage cité, p. 745.

(7) J. Godard, ouvrage cité, p. 745.

La tuberculose était considérée depuis les temps hippocratiques, comme une maladie héréditaire et diathésique.

La tradition hippocratique avait eu force de loi jusqu'au XVIII^e siècle ; à cette époque, Morgani refusait à faire l'autopsie d'un phtisique par peur de contagion. Un édit de Naples en 1782 prescrivait la séquestration des phtisiques et la désinfection des locaux où ils avaient habité.

Mais ce courant contagioniste avait été vite arrêté au XIX^e siècle, sous l'influence des théories anticontagionistes de Broussais. Villemin montre que les crachats de phtisiques qui, inoculés aux lapins, reproduisent la tuberculose expérimentale, sont les véritables agents de transmission de la maladie. La tuberculose, concluait-il en 1865, est *contagieuse et inoculable* ; elle n'est pas une création spontanée de l'économie ; pour naître il lui faut un germe, qui ne peut lui venir que du dehors. Ce germe fut découvert dix-sept ans plus tard par *Robert Koch*.

Depuis cette époque *la contagion de la tuberculose* est devenue l'axe central de l'enseignement officiel. Voilà ses principes :

La tuberculose, disait-on, n'est pas héréditaire, se transmettant d'homme à homme.

L'enfant ne naît pas tuberculeux, mais il se contamine très vite quand il est placé dans un milieu contagieux.

Pour pénétrer dans l'organisme, le bacille emprunte la voie respiratoire : il se greffe dans l'appareil pulmonaire y créant un chancre d'inoculation ; celui-ci engendre bien vite une adénopathie similaire (trachéo-bronchique) ; à son début ce chancre est constitué par des lésions de broncho-alvéolite, se développant au point de l'alvéole où le bacille

est parvenu, donnant d'emblée une lésion *tuberculeuse ouverte*.

Par la suite, les projections bacillifères, parties de ce foyer, propagent la maladie par embolies bronchiques tuberculeuses.

Surviennent alors, plus ou moins vite, des phénomènes d'intoxication générale par les poisons diffusibles ou des infections secondaires survenues de l'extérieur par les bronches, causes de la fièvre, dite hectique, survenant au cours de la maladie.

La tuberculose pulmonaire procède par poussées de maladie, entrecoupées de périodes de bonne santé au moins relative, l'immunité, disait-on, alternant avec des périodes de sensibilité. Ces poussées nouvelles, dites de surinfection, donneraient des phénomènes de mortification très analogues aux phénomènes de Koch. Cette pathogénie serait responsable de la forme ulcérannte de la tuberculose de l'adulte.

Il ressort de tout ceci que jusqu'à ces dernières années, la tuberculose apparaissait comme une maladie *contagieuse*, à infection pulmonaire locale, se compliquant secondairement d'une intoxication générale.

Mais cette question, qui paraissait liquidée il y a quelques années, est désormais remise entièrement à l'étude.

Certes, le bacille de Koch dans sa forme acido-résistante ne se retrouve pas habituellement dans l'organisme du nouveau-né, issu de générateurs tuberculeux, et les lésions anatomiques de la tuberculose sont l'extrême exception dans les tissus de ce nouveau-né. Mais, depuis la découverte par Fontès, en 1910, et par Vaudremer, du *virus tuberculeux filtrant*, nous savons que le jeune enfant peut être *infecté dès avant sa naissance*.

Voilà ce que dit M. Vaudremer (8) dans son rapport au VIII^e congrès national de la tuberculose qui s'est ouvert le 15 avril 1935 à Marseille :

« Le bacille tuberculeux contient bien des éléments filtrables... Si surprenant que cela puisse paraître, si contraire que ce soit à nos habitudes de penser, il existe bien des éléments filtrants. Pendant des années nous n'avons vu que la forme bacille ; nous n'avons vu que ce bâtonnet coloré d'une certaine façon, sans consentir à voir autre chose. Nous l'avons vu tel qu'on nous avait appris à le connaître sans qu'aucune opinion nouvelle soit admise à son sujet. On constatait bien l'existence d'autres éléments granulaires plus petits que le bacille de Koch. La doctrine officielle ne permettait pas de leur attribuer leur origine vraie, leur nature et leur pouvoir pathogène, et il était interdit de les rattacher au bacille tuberculeux lui-même.

« D'innombrables travaux ont depuis apporté les preuves de l'existence d'une forme filtrante du bacille tuberculeux. Ces preuves sont expérimentales. La filtration a été faite des milliers de fois ; *des milliers de fois elle a réussi et elle a permis d'obtenir des liquides dans lesquels on ne voyait rien et qui pouvaient pourtant redonner naissance, par une technique précise, à de véritables bacilles tuberculeux* ».

Le virus filtrant de la bacillémie maternelle peut traverser la barrière placentaire sans laisser aucune trace. Cette infection intra-utérine *est un grand facteur de débilité congénitale du fœtus*. Le professeur Couvelaire a organisé depuis 1921, dans la clinique Baudelocque, un pavillon

(8) Au Congrès de la tuberculose. L'ultra virus tuberculeux en Pathologie. Le Siècle Médical, 1^{er} mai 1935, p. 10.

spécial pour les femmes atteintes de tuberculose pulmonaire et une crèche spéciale pour leurs enfants nés qui sont strictement protégés contre la contagion maternelle par une séparation absolue. Il a comparé la mortalité foetale et infantile dans ces pavillons et crèches à la mortalité foetale et infantile générale et il a remarqué que, « le déchet initial, aussi bien que le déchet au cours du premier mois, dépassent pour les enfants de tuberculeuses le déchet habituellement enregistré dans les statistiques générales »⁽⁹⁾.

Le professeur Couvelaire a également constaté que les malades qui ont présenté au cours de la gestation des poussées évolutives sévères, donnent une proportion beaucoup plus élevée d'expulsions prématurées de l'œuf que les malades qui n'ont présenté que de formes peu graves de tuberculose pendant la gestation.

La mortalité, pendant le premier mois des enfants nés de mères ayant des bacilles de Koch dans les crachats, atteint, d'après le professeur Couvelaire (10), 38 p. 100, *même lorsque ces enfants sont protégés par la séparation stricte contre la contagion maternelle.*

Certains de ces enfants succombent après avoir présenté des symptômes d'infections banales en particulier de *broncho-pneumonie*. Les autres meurent après avoir présenté le syndrome de *dénutrition progressive*.

On peut se demander si cette mortalité est conditionnée par l'infection maternelle au cours de la gestation. Mais

(9) Prof. Couvelaire. Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. La Presse médicale, 19 février 1927, p. 226.

(10) Prof. Couvelaire. Obstétricie sociale. Traité de Pathologie médicale. Collection Sergent. T. XXXIII, 1925, p. 50.

les trois cas suivants (11) étudiés par MM. Calmette, J. Valois et M. Lacomme démontrent nettement que l'infection maternelle est en cause.

1^{er} cas. — « Il s'agissait d'un enfant né vivant, d'une mère atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale qui n'avait pas fait de poussée évolutive nette pendant sa gestation, mais avait un état général médiocre. L'enfant pesait à la naissance 3.420 grammes. Elevé à l'allaitement mixte, il présenta le *syndrome de dénutrition progressive d'emblée* et s'éteignit le dix-huitième jour pesant 2.700 grammes.

« Cet enfant ne présentait aucune lésion tuberculeuse, mais certains des cobayes inoculés avec le produit de broyage des ganglions mésentériques, des ganglions du hile du foie, de la rate et du foie, ont présenté des bacilles acidō-résistants en petit nombre dans quelques ganglions sans lésions anatomiques tuberculeuses ».

2^e cas. — « L'enfant était né prématurément d'une femme malade depuis quatre ans (tuberculose unilatérale gauche traitée avec bon résultat par pneumothorax artificiel), n'ayant pas présenté de poussée évolutive pendant la gestation, ni pendant les suites de couches.

« Il pesait 2.280 gr. à la naissance et mourut le douzième jour de broncho-pneumonie ».

3^e cas. — « L'enfant était né prématurément d'une femme atteinte de tuberculose fibreuse ancienne sans poussée évolutive au cours de la gestation, mais qui présenta le jour de l'accouchement des signes d'hépatisation du sommet avec fièvre qui s'amendèrent au bout de cinq jours. Il pesait 2.450 gr. à la naissance. Il s'éleva dans de bonnes conditions jusqu'au vingt-septième jour, jour où

(11) Cités par le Prof. Couvelaire. Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. La Presse Médicale. 19. Février 1927.

débuta une broncho-pneumonie dont il mourut après avoir présenté une chute brusque de poids.

« Ces deux derniers enfants ne présentaient aucune lésion tuberculeuse, mais certains des cobayes inoculés avec le produit de broyage de leurs ganglions et de leurs viscères ont présenté, dans quelques ganglions, des bacilles acido-résistants en petit nombre, sans lésion anatomique tuberculeuse. Le même résultat positif a été obtenu avec le filtrat des ganglions et des viscères mélangés de ces deux enfants ».

Ces observations permettent d'affirmer que les enfants, nés de mères tuberculeuses, qui à la naissance paraissaient aptes à se développer normalement, sont porteurs d'un *virus tuberculeux*, dont la présence pendant les premières semaines de la vie ne détermine aucune lésion anatomique décelable par les procédés actuels d'investigation.

Un certain nombre d'auteurs, et parmi eux M. Auguste Lumière, considèrent aujourd'hui que la tuberculose de l'adulte n'est que la manifestation tardive de l'apport dans l'organisme du nouveau-né de virus tuberculeux transmis héréditairement par ses parents. Ces auteurs pensent que la contagion tuberculeuse n'existe pas en général et en particulier chez l'adulte.

En effet, quand on étudie les statistiques de contagion maritale, on remarque qu'elle est insignifiante.

Dans son livre sur la tuberculose publié en 1899, Jusset rapporte 134 observations de décès par phtisie dans le mariage, pour lesquelles 128 fois un seul des époux a succombé à la maladie, l'autre ayant survécu pendant de longues années ; c'est donc pour six couples seulement que la bacillose a causé la mort de deux époux (A. Lumière) (12).

(12) A. Lumière. Tuberculose, contagion, hérédité. 1930, p. 27.

Dans une étude publiée en 1922, M. P. Roussel, médecin assistant au sanatorium des Pins, conclut dans les termes suivants :

« La contagion tuberculeuse est rare entre époux, même dans la classe ouvrière, et ne se produit qu'après une longue cohabitation. Elle ne dépasse pas 5,2 % dans notre statistique globale, et 11,56 % dans la tuberculose ouverte » (13).

M. A. Lumière pense que, même les très rares exemples de transmission de la phtisie d'un époux à l'autre, ne prouvent absolument rien, parce que, dans aucun de ces exemples, le facteur hérédité n'a été scientifiquement éliminé, parce que dans tous ces cas, il n'est pas formellement déclaré que les parents du conjoint secondairement frappé ont été soumis à un examen médical rigoureux et complet, radioscopie comprise.

« Toutes les fois, malheureusement trop rares, écrit M. A. Lumière (14), où nous avons eu jusqu'ici la possibilité de procéder à un examen approfondi des ascendants du conjoint considéré comme contaminé, nous avons toujours dépisté la bacillose, chez l'un des parents au moins. Peut-être n'y a-t-il là que des coïncidences, mais elles sont troublantes ».

Nous voyons donc que le nombre de couples où les deux époux meurent de tuberculose, est très peu important, et cependant il ne faut pas de meilleures conditions pour la contagion que la vie intime et prolongée des époux.

Le pourcentage de sujets tuberculisés dans le personnel médical, qui est en contact permanent avec les tuber-

(13) Cité par A. Lumière, Tuberculose, contagion, hérédité, 1930, p. 29.

(14) A. Lumière, ouvrage cité, p. 27.

culeux, est également insignifiant. D'après M. Martin Kichner (15) qui, en 1925, a publié un mémoire basé sur une statistique comprenant 549 établissements publics ou privés : hôpitaux, cliniques, sanatoria pour tuberculeux, ce pourcentage est le suivant :

- 1,36 pour 100 dans les hôpitaux ;
- 2,42 pour 100 dans les cliniques universitaires ;
- 1,89 pour 100 dans les sanatoria privés.

Dans son livre « Tuberculose », du plus haut intérêt, publié en 1930, M. Auguste Lumière (16) conclut dans les termes suivants :

1° « La tuberculose semble extrêmement peu contagieuse pour les adultes en bonne santé.

2° « La contagion conjugale n'est nullement démontrée et ne saurait en tout cas constituer qu'un mode exceptionnel de transmission de la maladie.

3° « Les nouveau-nés présentent une réceptivité particulière, et c'est aux premiers âges de la vie que la contagion paraît bien réelle sans cependant constituer, à loin près, le processus exclusif de la transmission dans le jeune âge, comme on l'enseigne généralement ».

On voit donc qu'il y a tout un ensemble de faits nouveaux qui s'éloignent considérablement de la conception classique et s'approchent de la conception peut-être plus fertile de l'hérédité de la tuberculose.

Avant de tirer les conclusions pratiques nous voulons encore citer deux observations du plus haut intérêt de M. Auguste Lumière et M. Hutinel.

(15) Cité par A. Lumière, ouvrage cité, p. 49.

(16) A. Lumière, ouvrage cité, p. 131.

« Mme A..., 32 ans, est enceinte de 2 mois, quand son mari, bien portant, est tué dans un accident d'usine ; vers la fin de la grossesse, elle fait la connaissance d'un tuberculeux porteur de lésions ulcéro-caséeuses bilatérales en évolution lente, l'expectoration étant bacillifère, tuberculeux avec lequel elle vit maritalement jusqu'au moment où l'expiration des délais légaux étant arrivée, elle contracte un second mariage avec son compagnon malade. L'enfant naît dans ce milieu contaminé, avec une hygiène déplorable, sans qu'aucune précaution soit prise ; le mari, crachant sans cesse, s'étant pris d'affection pour le nouveau-né, l'embrassait à chaque instant et assurait sa garde dans le taudis, tandis que la mère se rendait à son travail pour subvenir aux besoins du ménage, l'homme étant incapable d'y faire face.

« Le malade succombe quand l'enfant avait 18 mois, et, 15 ans plus tard, la mère et l'enfant étaient en parfaite santé ».

Peut-on concevoir une preuve de la non-contagion plus typique que l'observation ci-dessus ? Ou peut-on concevoir une preuve de l'hérédité plus caractéristique que celle que donne Hutinel en affirmant que « des enfants nés d'une mère saine et d'un amant phtisique deviennent tuberculeux, tandis que les fils antérieurs, nés de la même mère et du père légitime non tuberculeux, restent indemnes » ?

Si l'hérédité est un des facteurs les plus importants de la transmission de la tuberculose, il devient claire que le seul moyen par lequel la société peut empêcher sa propagation de génération en génération, est l'interdiction aux malades de procréer.

« Les tuberculeux et les personnes suspectes de la tu-

berculose, écrit le professeur Grotjahn (17), ne doivent pas se marier, et les époux dont un souffre de la tuberculose pulmonaire ne doivent pas procréer ».

Nous pensons que la société devrait s'occuper des tuberculeux, leur aider et leur donner tous les soins nécessaires, mais en compensation elle devrait leur demander de s'abstenir de procréer.

Ce principe, le seul juste, ne pourra être appliqué que lorsque la majorité du corps médical sera d'accord en ce qui concerne l'hérédité de la tuberculose. Or, aujourd'hui, la majorité est encore contre cette conception.

En attendant le changement d'opinion qui se produira au sein du corps médical, il faudrait interdire la procréation à ces malades, au moins à ceux qui sont arrivés à une phase de cachexie tuberculeuse.

Tout le monde est d'accord que les enfants procréés pendant cette phase ne peuvent être que des débiles physiques et mentaux. Cependant, il y a beaucoup de malades qui procréent encore presque la veille de leur mort.

La statistique suivante de W. Weinberg (18) est très intéressante à ce point de vue :

(17) Prof. Alfred Grotjahn. Die Hygiène der menschlichen Fortpflanzung (Versuch einer praktischen Eugenik), 1926, p. 189.

(18) W. Weinberg. Die Fruchtbarkeit der Phtisiker beiderlei Geschlechtes. Sitzungs-Bericht vom 21. mai 1908 der Gesellschaft für soziale Medizin in Berlin. Zeitschr. f. soziale Medizin. 1909. Bd. 4. S. 403.

Sur 369 femmes tuberculeuses mariées, meurent de leur maladie :

Dans la 1 ^{re} -4 ^e semaine après l'accouchement			63
» 5 ^e -8 ^e	—	—	46
» 9 ^e -12 ^e	—	—	34
» 13 ^e -16 ^e	—	—	28
» 17 ^e -20 ^e	—	—	18
» 21 ^e -24 ^e	—	—	20
» 25 ^e -28 ^e	—	—	30
» 29 ^e -32 ^e	—	—	19
» 33 ^e -36 ^e	—	—	17
» 37 ^e -40 ^e	—	—	14
» 41 ^e -44 ^e	—	—	26
» 45 ^e -48 ^e	—	—	21
» 49 ^e -52 ^e	—	—	33

Des tuberculeuses semblables ne peuvent donner que des êtres dégénérés, destinés comme fatalement à souffrir et à jeter dans le milieu social des éléments inférieurs qui ne peuvent qu'en abaisser la résistance physique et le niveau mental.

« Les morts gouvernent les vivants ».

Auguste COMTE.

LES MALADIES MENTALES

Le nombre d'anormaux progresse chaque année. Le département de la Seine seul à 18.000 aliénés à sa charge, pour lesquels il dépense annuellement 50 millions.

Le ministère de l'Instruction Publique et le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ont établi un recensement des enfants anormaux. Voici le résumé des résultats de cette enquête (1) :

Sur un nombre total d'enfants inscrits dans les écoles élémentaires publiques de 3.091.052 (1.636.423 garçons et 1.454.629 filles), il a été signalé 45.969 anormaux dont 27.459 garçons et 18.510 filles, soit 1,58 p. 100. Mais comme un certain nombre d'enfants anormaux ne fréquentent pas l'école, le chiffre probable des anormaux est très supérieur.

M. Queille, député, qui a déposé au Parlement une proposition de loi tendant à organiser le traitement médico-pédagogique des enfants déficients, apprécie à 80.000 (2) le véritable nombre d'anormaux en France.

(1) et (2) Le traitement médical et pédagogique des enfants déficients et arriérés mentaux. Les Echos de la Médecine. 15 fév. 1932. 4.

En Allemagne, il y a 3.650 écoles d'anormaux avec 68.000 élèves (3).

« On a pu calculer, écrit M. J. Lauzier, que chaque déficient mental improductif coûte à la société, entre vingt et quarante ans, 6.000 francs par an, soit 120.000 francs. Le même enfant, reçu dans un établissement spécialisé tel que celui d'Asnières, coûtera environ 3.000 francs par an. Il y passera, au maximum, dix ans, coût total : 30.000 francs (4).

Mais tout cela n'est rien lorsqu'on songe au gaspillage de l'activité humaine qui découle de l'état psychopathique. Une psychopathie, même peu accusée, provoque un désarroi intellectuel et de l'instabilité qui perturbent profondément l'activité professionnelle. La déficience mentale, même à son plus faible degré, est donc une cause de moindre rendement social.

Les causes des maladies mentales sont de trois ordres :

1° *Les causes déterminantes* répondent aux infections ou aux intoxications qui, lésant directement la cellule cérébrale, provoquent le trouble mental : au premier rang on retrouve l'alcoolisme et la syphilis.

2° *Les causes prédisposantes* se trouvent dans toutes les maladies ou les intoxications, qui, atteignant les parents, peuvent être une cause de dégénérescence chez les enfants : les rejetons d'alcooliques, de syphilitiques, de tuberculeux, naissent dans des conditions de moindre résistance qui font d'eux des candidats à la psychopathie. De même, l'anomalie mentale des parents laisse souvent chez les descendants des troubles mentaux.

(3) J. Lauzier. L'enfance déficiente. Revue d'Hygiène. Fév. 1934, tome 56, N° 2, p. 129.

(4) J. Lauzier, *ibid.*, p. 128-129.

3° *Les causes occasionnelles* enfin sont celles qui, insuffisantes par elles-mêmes chez des sujets résistants à déterminer la maladie, peuvent déclancher son évolution chez les prédisposés : par exemple, le surmenage, les difficultés économiques et sociales, les accidents, les grandes émotions.

La prophylaxie mentale doit donc consister dans la lutte avant tout contre les causes de maladies mentales. En triomphant de l'alcoolisme, on tarira une source importante des anormaux. En restreignant les ravages de la syphilis, on mettra obstacle au développement de la paralysie générale, etc..., etc...

Pour empêcher aux prédisposés de passer de la puissance à l'acte, de devenir des psychopathes, il est pour cela nécessaire :

- 1) de renforcer la résistance mentale des prédisposés ;
- 2) de les mettre à l'abri des causes occasionnelles.

Ces deux indications peuvent être en général remplies simultanément par les mêmes mesures d'hygiène. Un prédisposé devra mener une existence calme, se soustraire à toutes les causes d'excitation, de fatigue, d'intoxication et d'émotion. Le choix de sa profession, de son habitation et de ses distractions devra être inspiré par le souci de ménager sa fragilité mentale.

La seule difficulté, et elle est à l'heure actuelle grande, réside dans le fait que la situation sociale de beaucoup de prédisposés ne permet pas toujours de mener le genre de vie indispensable.

Mais, dans l'étiologie des maladies mentales, domine avant tout la notion de *l'hérédité*. C'est contre elle qu'il faut lutter d'abord.

La folie, par exemple, est héréditaire. La prédisposi-

tion héréditaire peut demeurer longtemps latente. La folie éclate à propos de changements physiologiques dans l'individu comme la puberté, puerpéralité, ménopause, etc. Plus le sujet a de fous parmi ses ascendants, plus il a de chances de devenir aliéné. Il l'a encore davantage si l'hérédité est bilatérale.

Le délire chronique qui peut successivement se manifester sous la forme de mélancolie, de manie des persécutions, manie des grandeurs, et enfin de démence, est essentiellement héréditaire. La plupart des impulsions, des phobies, sont héréditaires. L'hérédité du suicide est bien connue.

« Un monomaniacque, M. L..., rapporte Moreau de Tours, se donne la mort à trente ans ; son fils arrive à peine à trente ans qu'il est atteint de monomanie et fait deux tentatives de suicide. Un autre à la fleur de l'âge est pris de mélancolie et se noie volontairement ; son fils, d'une bonne santé, riche, père de deux enfants bien doués, se noie volontairement au même âge » (5).

Très intéressants sont les faits suivants racontés par Piorry : « Un orfèvre, guéri d'un premier accès d'aliénation mentale, s'empoisonne ; plus tard, sa fille aînée est prise d'une attaque de manie, qui se change en démence. Un de ses frères se donne un coup de couteau dans l'estomac. Un second frère s'abandonne à l'ivresse et finit par périr dans la rue. Un troisième refuse toute nourriture, par suite de chagrins domestiques, et meurt d'anémie. Une deuxième sœur, pleine de travers, se maria, eut un fils et une fille : le premier meurt aliéné et épileptique ; la se-

(5) et (6) Cités par le prof. Debierre. Hérédité normale et pathologique. 1910. p. 25-26.

conde perd la raison durant une couche, devient hypocondriaque et veut se laisser mourir de faim. Deux des enfants de cette même dame meurent d'une fièvre cérébrale... » (6).

Ce qui est caractéristique pour les suicides familiaux, c'est qu'ils s'accomplissent souvent au même âge, de la même manière, avec la même arme, au même lieu.

L'épilepsie et l'hystercé sont également héréditaires. Chez leurs descendants on ne trouve pas seulement ces mêmes affections, mais un grand nombre d'autres tares nerveuses.

D'après Echevirra (7), sur une série de 136 épileptiques mariés, 62 hommes et 74 femmes, qui ont eu 553 enfants, on a trouvé 42 épileptiques mâles et 36 épileptiques du sexe féminin ; 45 hystériques chez les femmes, 18 idiots, 11 aliénés, 39 paralytiques et seulement 105 bien portants.

Goivers estime que l'épilepsie est héréditaire dans les trois quarts des cas (429 observations).

Ne peut-on pas dire, avec Auguste Comte, à propos de toutes ces observations, que nous avons citées, que « les morts gouvernent les vivants » ?

D'un tout autre caractère sont les troubles mentaux chez les personnes légèrement cyklothymiques et schizothymiques. Elles ne donnent pas seulement des descendants nuisibles pour la société ; un grand nombre de leur progéniture s'élèvent au-dessus des hommes moyens et se distinguent par leur esprit créateur dans l'art, les sciences, les découvertes et l'héroïsme. Leur rôle dans la société est progressif.

Mais la majorité de psychopathes donnent des enfants anormaux qui deviennent, soit des aliénés, soit des délin-

(7) Cité par le prof. Ch. Debierre, *ibid.*, p. 27.

quants et des criminels. Ils sont à la charge de leur famille ou de la société, ils peuplent les asiles et les prisons.

Il faut croire que *l'eugénique* pourra jouer un rôle très important dans la lutte contre les anormaux. Il faudrait, d'après certains auteurs, empêcher la procréation des prédisposés et on couperait ainsi le mal dans ses racines. Comme il s'agit ici d'individus dont les centres psychiques et intellectuels sont troublés, l'éducation et les moyens anti-conceptionnels n'aboutiront pas à des résultats favorables. La stérilisation serait, selon les mêmes auteurs, le seul moyen pour empêcher leur procréation. Elle devrait donc être aussitôt que possible réglementée par des mesures législatives.

Mais ces méthodes radicales présentent un certain danger. Elles peuvent être imposées un jour par certains partis à leurs adversaires.

L'éducation du public et la persuasion du médecin peuvent, dans une certaine mesure, donner des résultats favorables.

« Il est certain que le XIII^e et XIV^e siècles ont vu éclore des découvertes surprenantes. Dans ces siècles, on vit paraître la poudre à canon, la vérole et l'eau-de-vie, plus fatales que les deux premières ».

Dictionnaire de Médecine du Médecin anglais JAMES, traduit par DIDEROT, Eidon^s Toussaint, 1746.

L'ALCOOLISME

L'alcoolisme est le fléau social le plus redoutable de notre époque. Certes, l'ivrognerie paraît avoir déjà existé dans l'antiquité ; la divinisation de Dionosios par les Grecs et de Bacchus par les Romains, le prouve. Mais depuis le XIII^e siècle, où les secrets de la distillation de la fameuse « eau de vie » furent découverts par les alchimistes arabes, l'alcool était resté pendant longtemps renfermé dans les armoires des apothicaires ou il était réservé à la table des riches et des grands. C'est surtout depuis la seconde moitié du XIX^e siècle qu'il déversa ses torrents dans le grand public.

Sa consommation a suivi partout une courbe ascendante.

En France, le total des débitants de boissons et la consommation d'alcool augmentent, depuis la guerre, continuellement, comme le prouvent les deux tableaux suivants :

Total des débitants de boissons (1) Consommation d'alcool (2)

1919 (au 31 déc.)	....	410.931	Années 1919	831.100	hectol.
1920	»	....	418.773	» 1920	866.357 »
1921	»	....	429.161	» 1921	767.443 »
1922	»	....	452.327	» 1922	928.628 »
1923	»	....	460.274	» 1923	1.016.858 »
1924	»	....	464.377	» 1924	968.355 »
1925	»	....	469.176	» 1925	1.014.392 »
1926	»	....	468.036	» 1926	982.993 »
1927	»	....	468.089	» 1927	892.719 »
1928	»	....	470.672	» 1928	1.032.295 »
1929-30 (au 31 mars 1930)		473.704	» 1929	1.083.390	»
1930-31	»	1931)	476.697		
1931-32	»	1932)	481.538		
1932 (au 31 déc.)	....	488.932			

Si l'on prend l'année 1879, avec ses 334.000 débitants, ou 1855, avec 291.000, on voit que le progrès n'est pas un vain mot. Parallèlement progresse l'intoxication alcoolique qui se manifeste par l'accroissement de la mortalité par cirrhose du foie.

Mortalité due à la cirrhose du foie pour 100.000 habitants vivant à Paris de 1890 à 1929 (3)

Années 1890	.....	15
» 1895	.....	19
» 1900	.....	19
» 1905	.....	23

(1) et (2) G. Ichok. La consommation d'alcool en France. Le Siècle médical. 1. Mai 1935, p. 8.

(3) J. Godard. La situation démographique à Paris en 1929. Revue d'Hygiène. N° 10. Décembre 1934, p. 728.

»	1910	22
»	1915	22
»	1920	14
»	1925	30
»	1929	24

Nous voyons donc que la cirrhose du foie qui a pour cause principale l'intoxication alcoolique, est en augmentation progressive.

Le professeur Henri Roger distingue entre un alcoolisme des classes aisées et celui des classes pauvres. « Quoi qu'il en soit, écrit-il (4), il existe un alcoolisme des classes aisées, qui se rencontre parmi ces désœuvrés auxquels la fortune a souri dès leur berceau et qui se sont cru autorisés de ce fait à ne travailler ni de leurs doigts ni de leur cerveau. Tout le monde connaît ces piliers de cercles ou de cafés à la mode, qui ne sachant que faire, s'ingurgitent avant et après chaque repas quelques apéritifs ou quelques alcools de marque pour... tuer le temps, se tuer plus sûrement eux aussi.

« L'ouvrier ou le paysan peuvent tirer un semblant d'excuse du fait du contraste entre le taudis obscur et froid où ils vivent, et le scintillement des lumières et la chaleur douce du bar qui est pour ainsi dire leur salon. En est-il de même de ceux plus fortunés qui font un dieu de leur ventre et ne connaissent que les plaisirs de la table et de la boisson ? »

Cette distinction entre deux alcoolismes et la caractéristique que nous donne le professeur Roger sont tout à fait justes. Mais l'alcoolisme des classes pauvres est beaucoup

(4) Prof. H. Roger. Les dangers de l'alcoolisme et les moyens de lutter contre ce fléau social, 1926, p. 5.

plus dangereux pour la collectivité parce qu'il empoisonne de plus grandes masses. « L'alcool, écrit M. Louis Jacquet, exerce ses ravages dans la population ouvrière qui absorbe environ les 4/5 de l'alcool total livré à la consommation, et dans ce milieu social, il devient un facteur important de la tuberculose, de la criminalité, de la folie et de la mortalité ».

La source de l'alcoolisme ouvrier, il faut la chercher dans la situation économique et sociale de la population travailleuse. Le célèbre chimiste allemand, le professeur Liebig (5), nous donne une analyse pénétrante des causes profondes de l'alcoolisme ouvrier.

« Lorsqu'un homme, écrit-il, par son travail, ne gagne pas assez pour se procurer la nourriture indispensable à la vie, pour réparer la perte journalière de ses forces, une inexorable nécessité le pousse à faire usage du Brautwein. Il est forcé de travailler, mais n'étant pas suffisamment nourri, chaque jour une partie de ses forces, qu'il emploie pour soutenir la fatigue qu'il endure, vient à lui manquer.

« Le Brautwein, à cause de l'action qu'il exerce sur les nerfs, lui permet de réparer les forces qu'il perd aux dépens de l'organisme. C'est ainsi qu'il arrive à dépenser aujourd'hui la quantité de vigueur qu'il devrait épargner pour le lendemain. C'est comme une lettre de change dont on renvoie le paiement de jour en jour, faute d'argent. Celui qui travaille consomme le capital au lieu des intérêts, et il s'ensuit l'inévitable faillite de son organisme ».

L'alcool est un triple poison : poison pour l'individu, poison pour la société et poison pour l'espèce humaine.

(5) Cité par K.G. Rakowsky, dans : « De la question de l'étiologie du crime et de la dégénérescence », thèse de Montpellier, 1897, p. 105-106.

Les limites de notre travail ne nous permettent pas de nous arrêter sur l'alcool-poison pour l'individu. Nous ne décrirons donc pas les ravages qu'il produit dans l'économie du corps, en provoquant des troubles plus ou moins grands de tous les organes (tube digestif, foie, reins, cœur, poumons, etc...). Nous ne décrirons pas non plus les troubles nerveux et psychiques qui, à travers le *délirium tremens* et la *folie alcoolique* avec ses nombreux suicides et crimes, amènent l'individu vers un abrutissement plus ou moins complet et une déchéance profonde. Il nous faut cependant remarquer que, vu le grand nombre d'individus intoxiqués, l'alcool, poison de l'individu, devient également un poison social.

Mais ce qui nous préoccupe surtout, c'est l'alcool, poison de l'espèce. Comme tel, il conduit à sa *dégénérescence*.

« La dégénérescence, écrivent le Dr Magnan et le Dr Legrain (6), est la progression d'un état plus parfait vers un état moins parfait, celui-ci étant engendré par toute cause susceptible de contrarier le double mouvement de l'être vers sa conservation propre et vers celle de son espèce ».

Nous voyons donc que l'alcool attaque, par l'intermédiaire de l'individu, l'espèce humaine. Rien d'étonnant. Ce poison imprègne les humeurs et les tissus, l'ovaire et le testicule comme le reste de l'organisme. L'ovule et le spermatozoïde sont également imprégnés. Il en résulte pour les descendants des alcooliques, comme pour ceux des morphomanes, une déchéance nerveuse qui se traduit par une hyperexcitabilité nerveuse, les convulsions dans le

(6) Dr Magnan et Dr Legrain : Le Dégénéré, p. 76.

jeune âge, l'épilepsie, l'imbécillité, l'impuissance neuro-musculaire plus tard.

« L'alcoolisme, écrit le professeur Debierre (7), est d'autant plus grave, au point de vue social, qu'après avoir frappé l'individu, il le poursuit dans sa descendance. Celui qui naît de parents alcooliques, sans être alcoolique lui-même, porte les traces d'une déchéance organique et des prédispositions qui, trop souvent, ne tarderont pas à se traduire par des troubles qui aboutissent, comme dernier terme, à la démence, à la paralysie générale et à la stérilité ».

Sur 57 enfants de familles intempérantes, Demme (8) trouve 9 % de nains, 9 % de difformes, 5 % d'épileptiques et 10 % d'idiots.

A l'asile de Quimper (9), d'après le Dr Lagrippe, la proportion des cas de folie attribuables à l'alcool est passée, entre 1911 et 1923, de 50 à 75 %.

Une statistique (10) de 813 observations recueillies par Lancereaux dans les hôpitaux de Paris de 1868 à 1875, a montré que fréquemment les malades alcooliques ont des buveurs comme parents. Cette constatation est confirmée par l'observation suivante du professeur Henri Roger (11) :

« Une pauvre mère de famille, écrit-il, amenait récemment à notre consultation hospitalière, une fillette de 9 ans, atteinte de troubles graves du caractère et de tics nerveux incessants. Le père de cette enfant lui faisait, à l'âge de trois ans, goûter largement aux petits verres dont il arrosait ses repas. Quoique ce père soit mort, depuis plusieurs

(7) et (10) Prof. Ch. Debierre. Hérédité normale et pathologique, 1910, p. 35.

(8) (9) et (11) Prof. H. Roger, ouvrage cité, p. 11-12.

années, de cirrhose alcoolique, la petite fille n'en a pas moins gardé le souvenir d'un goût agréable. Elle aimerait bien, nous a-t-elle déclaré d'elle-même, recommencer comme du temps de son pauvre papa. Et il est bien à craindre que, devenue grande, elle ne se laisse aller à la funeste passion de son malheureux père ».

La lutte contre ce terrible fléau qui s'appelle alcoolisme, source d'abrutissement et de dégénérescence, est un des problèmes les plus urgents de la société contemporaine. A vrai dire, il n'y a pas et il ne peut pas y avoir de lutte anti-alcoolique proprement dite. Toute lutte anti-alcoolique devrait être surtout une lutte contre les causes sociales qui engendrent l'alcoolisme : la misère, le chômage, l'hypo-alimentation et le taudis. Leur disparition coupera le mal dans ses racines.

L'éducation anti-alcoolique de la jeunesse, la propagande anti-alcoolique ne sont pas à négliger. Mais il faut reconnaître qu'on ne fait pas assez dans ce domaine. Si on dépensait autant d'argent pour la propagande anti-alcoolique qu'on en dépense pour la propagande et pour les réclames alcooliques, les ravages de l'alcoolisme ne seraient pas si funestes. Mais il y a, dans chaque pays, des puissances qui ont tout intérêt à étouffer l'éducation et la propagande anti-alcooliques.

« L'alcoolisme, écrivent le professeur L. Bernard et le docteur J. Paraf (12), apparaît comme une des maladies sociales les plus redoutables de notre époque, elle est d'autant plus redoutable qu'elle *développe ses méfaits à la faveur d'intérêts puissants qui conspirent à les dissimuler* ».

(12) Prof. L. Bernard et le Dr Paraf. Alcoolisme. Pathologie Médicale. Collection du prof. Bezançon, 1926.

Toute l'explication de l'insuccès de la propagande anti-alcoolique est renfermée dans l'aphorisme suivant de Louis Jacquet :

« L'alcool, richesse nationale.

« L'alcoolisme, péril national ».

Comment peut-on lutter avec succès contre un fléau, s'il est en même temps sources de richesse nationale et du péril national ? Aussi longtemps que cette contradiction persistera la lutte contre l'alcoolisme sera inefficace.

Mais, supposons les causes sociales de l'alcoolisme disparues, et l'alcoolisme lui-même supprimé.

Est-ce que les méfaits auraient été également supprimés ? Non !

Les individus et les familles qui étaient pendant longtemps rongés par l'alcoolisme, transmettront leurs tares héréditaires à leurs descendants qui à leur tour les transmettront à leurs descendants et ainsi de suite. Les ravages du terrible fléau se perpétueront ainsi pendant des siècles.

Si on veut couper le mal dans ses racines il faudrait empêcher la procréation des individus alcooliques. En général, il faudrait leur appliquer les mêmes mesures eugéniques qu'aux malades mentaux.

« ... La puériculture est complexe et vaste puisqu'elle devra s'occuper non seulement des enfants après leur naissance, mais aussi avant leur naissance, *et même avant la conception* ».

Dr DEVRAIGNE (Pour les futures Mamans).

L'EUGÉNIQUE

Il nous semble avoir assez mis en relief, dans les chapitres précédents, le rôle de l'hérédité familiale et le danger que la libre procréation des individus tarés faisait courir à l'espèce humaine.

Le fait certain est que, dans tous les pays civilisés, des efforts énormes sont dépensés pour maintenir l'existence des individus les plus profondément tarés (1) : alcooliques, tuberculeux, syphilitiques, névropathes, épileptiques, fous et criminels, dont la descendance est elle-même presque toujours atteinte, de telle sorte que le nombre des sujets incapables de remplir convenablement leur tâche familiale et sociale ne fait que croître.

Ce fait est la conséquence de la loi de Delbeuf, qui a établi que tout caractère nouveau — et la tare héréditaire en est un — tend à se retrouver chez un nombre croissant d'individus ; il est aussi la conséquence de la loi de Galton, qui veut qu'une moyenne s'établisse toujours entre les bons

(1) Voir Les maladies mentales.

et les mauvais, moyenne qui baisse d'autant plus que les bons deviennent moins nombreux. Par suite, la sauvegarde apportée aux éléments inférieurs nuit à la société.

Pour parer à ce danger on a créé la nouvelle science de l'*Eugénique* qui a pour but l'étude théorique et pratique de tous les moyens capables de protéger, d'accroître et de perfectionner les éléments les plus robustes et les mieux doués de l'espèce humaine (Galton).

Nombreux sont les auteurs et les savants qui ont proposé différents moyens pour éliminer les tarés de la multiplication.

Dans l'antiquité Aristote (2) a déjà envisagé la lutte contre eux. « Quant à la destruction ou l'élévation des nouveau-nés, dit-il, doit régner la règle de ne pas élever des enfants mal formés ».

Le professeur Couvelaire est partisan d'une politique de multiplication. « L'Etat, écrit-il (3), doit avoir une politique tendant à assurer la multiplication, la conservation et l'amélioration de la race, autrement dit une politique de Puériculture.

« Les notions essentielles de la puériculture, — *puériculture avant la procréation*, pendant la gestation, après la naissance — doivent être enseignées, diffusées, rappelées, sous des formes appropriées, en particulier chaque fois que l'individu est placé dans le champ d'action de l'Etat : à l'école, à la caserne, au moment du mariage, au moment de la déclaration de naissance d'un enfant ».

(2) Cité par le prof. A. Grotjahn, dans « Die Hygiène der Menschlichen Fortpflanzung, 1926, p. 37.

(3) Prof. A. Couvelaire. Obstétricie sociale. Traité de pathologie médicale. Collection du prof. Sergent. T. XXXIII, 1925, p. 33-34.

Nous voyons donc que le professeur Couvelaire se prononce pour la maternité consciente puisqu'il est pour une *puériculture avant la procréation*.

Notre maître Devraigne est du même avis. « La puériculture, écrit-il, est complexe et vaste puisqu'elle devra s'occuper non seulement des enfants après leur naissance, mais aussi avant leur naissance, *et même avant la conception* ».

M. Louis Guinon nous donne des indications pratiques pour la lutte contre les anormaux.

« La société, écrit-il (4), doit se défendre ; elle a le devoir de détruire ou d'éloigner tout ce qui peut nuire au perfectionnement de l'espèce, tous les grands anormaux physiques ou mentaux. Et si, retenue par des traditions fâcheuses et erronées, elle ne veut aller aussi loin, qu'elle empêche la reproduction de tous les anormaux ! La castration des épileptiques, des criminels, des idiots, est la forme la plus élégante de cette interdiction. A défaut de cette décision, que la société empêche le mariage légal des anormaux ».

MM. E. Toulouse, G. Géuil-Perrin et R. Targowla, en parlant du péril mental, se prononcent pour les mêmes moyens de lutte.

« Une eugénique intégrale, écrivent-ils (5), si elle était possible, assurerait à elle seule une prophylaxie mentale efficace.

(4) Louis Guinon. Médecine sociale. Introduction. T. XXXIII du Traité de Pathologie médicale de la Collection du Prof. Sergent, 1925, p. 10-11.

(5) E. Toulouse, G. Geuil-Perrin et R. Targowla. Prophylaxie mentale. Médecine sociale. T. XXXIII de la collection du prof. Sergent. 1925, p. 632.

« L'idéal serait d'empêcher la procréation des prédisposés et de couper ainsi le mal dans ses racines ».

En Allemagne, les professeurs Alfred Grotjahn et Hermann Werner Siemens s'élèvent également contre la liberté de multiplication.

« On ne saurait nier, il est vrai, écrit le professeur H.W. Siemens (6), que les individus faibles d'esprit et de volonté qui fournissent le plus fort contingent des criminels de droit commun, des rôdeurs et des prostitués, représentent, à cause de fortes aptitudes prolifiques dues à l'inexistence du moindre frein, un certain danger pour la race. La stérilisation, avec leur propre consentement, de ces tarés, devrait donc être aussitôt que possible réglementée par la loi. Les expériences américaines ont démontré, qu'étant fort peu soucieux d'élever des enfants, ils ne se montrent pas hostiles à l'opération, étant bien entendu qu'il ne s'agit pas là de castration, mais d'une intervention insignifiante au moins pour l'homme, et qui supprime la reproduction sans empêcher l'union sexuelle ».

Pour montrer la pénétration des principes eugéniques dans le monde médical il nous faut encore citer un document dont l'importance est exceptionnelle puisqu'il exprime les vœux adoptés le 15 février 1933 par le Conseil d'Administration de l'Association d'Etudes sexologiques qui a comme président d'honneur M. Justin Godart, ancien ministre de la Santé publique, comme président le docteur Toulouse, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique Henri Roussel et qui comprend parmi ses adhérents le professeur Achard et autres grands savants.

(6) Prof. H. W. Siemens. Hygiène des races et politique de peuplement, 1929, p. 82.

Voilà le texte de ces vœux (7) :

1. — « Ce sont les individus adultes (entre 20 et 40 ans) qui, de préférence, doivent assurer la fonction génératrice, et parmi eux les mieux doués au point de vue physique et psychique et aussi les plus privilégiés au point de vue social.

« Dans ce but, le mariage ne peut être prononcé que sur le vu d'un certificat constatant que les fiancés se sont soumis à un examen médical (proposition de loi de M. Justin Godart).

« Il est à prévoir que ce certificat devra comporter plus tard un permis de mariage, lorsqu'il sera formé une jurisprudence médicale sur la question.

2. — « Pour diminuer le nombre des anormaux qui imposent à la collectivité des charges de plusieurs dizaines de milliards, des dispensaires, placés sous le contrôle de l'autorité publique et avec la collaboration des syndicats médicaux, donneront des conseils — s'il y a des raisons médicales les justifiant — pour éviter la conception.

3. — « Ces dispensaires pourraient encore pratiquer la stérilisation — si elle est légitimée par des raisons médicales — soit à la demande des intéressés, soit pour des raisons graves d'intérêt public (tares héréditaires, physiques et mentales, impulsions criminelles ou d'ordre sexuel) dont la liste sera établie après avis des sociétés médicales compétentes.

4. — « Pour lutter contre l'avortement clandestin qui, pratiqué dans de mauvaises conditions et surtout sans contrôle médical, supprime plusieurs centaines de mille nais-

(7) Cités par Fernand Boverat dans son article : *Danger des mesures préconisées pour éviter la naissance des enfants anormaux*. *Hygiène et Vie*, N° 6, Juin 1933, p. 17.

sances, tue des dizaines de mille femmes et en stérilise plusieurs dizaines de mille, des services hospitaliers publics seront ouverts, avec la collaboration des syndicats médicaux, ayant le droit exclusif de pratiquer ces interruptions de grossesse pour des raisons médicales, sous le régime de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

« Toute autre opération abortive est interdite dans tous cabinets ou services médicaux, même justifiée au point de vue médical. Les services publics d'accouchement seront habilités pour pratiquer l'interruption de grossesse, également sous le régime de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite ».

Nous avons trouvé utile de reproduire toutes ces nombreuses et longues citations car elles résument fort bien une partie des idées actuellement en vigueur dans les milieux eugénistes composés de personnes qui consacrent une grande partie de leur temps et de leurs forces à lutter contre de terribles fléaux sociaux et à soulager d'affreuses misères.

De toutes nos citations se dégagent deux points :

1. — Tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité de réglementer la reproduction pour éliminer d'elle les individus tarés et pour conserver et perfectionner les éléments sains et robustes.

2. — Presque tous les auteurs recommandent comme moyens, le certificat pré-nuptial, l'interdiction du mariage à tout individu porteur de tares héréditairement transmissibles et même sa stérilisation.

Nous avons déjà écrit plus haut de la nécessité de réglementer la reproduction et nous ne voulons plus revenir sur cette question. Nous voulons nous arrêter sur les moyens qu'on nous propose.

Est-ce que le certificat prénuptial est une garantie suffisante pour éliminer les éléments tarés de la reproduction ?

Est-ce que la société a, en général, le droit d'interdire aujourd'hui le mariage ?

D'abord, examinons la dernière question.

Qu'est-ce en somme que le mariage ?

Ce n'est pas seulement « un contrat fait par deux individus de sexe différent, dans le but de la propogation de l'espèce » (E. Toulouse) ; il est encore aujourd'hui la seule institution légale qui permet à l'individu de satisfaire ses besoins sexuels. Si on lui interdit le mariage, on le condamne à la continence sexuelle. Or celle-ci est nuisible à la santé physique et psychique de l'individu.

Voilà ce qu'écrivait à propos de cette importante question le plus grand sexologue moderne, Freud :

« La continence au-delà de la vingtième année n'est plus sans inconvénients pour le jeune homme et aboutit à d'autres *troubles*, même là où elle ne donne pas lieu à de la nervosité ».

Et ailleurs, Freud écrit : « Il faut dire que le réfrénement d'une force aussi puissante que l'instinct sexuel est une tâche qui peut absorber toutes les énergies d'un individu. Le réfrénement par sublimation, par dérivation des forces sexuelles vers des buts intellectuels élevés, ne réussit qu'à une minorité, et encore pour un temps seulement... *Tous les autres deviennent des névrosés ou sont la proie de troubles divers*. L'expérience montre que la majorité des gens qui forment notre société ne sont pas constitutionnellement à la hauteur de la continence » (8).

(8) Cité par le Dr Wilhelm Reich dans « La Crise sexuelle », 1934, p. 40.

Nous voyons donc que l'interdiction du mariage augmentera les souffrances des malades et deviendra la source de nouvelles névroses et psychoses. Ce n'est pas cela que veut l'eugénique. Son but est de faire l'individu malade inoffensif.

Si le malade avoue ses antécédents morbides graves à son partenaire et si ce dernier accepte cette situation et consent au mariage, la société n'a pas à intervenir sans violer les principes élémentaires de la liberté individuelle.

D'ailleurs l'interdiction du mariage n'empêchera pas les anormaux de vivre en concubinage, auquel cas la naissance d'enfants anormaux n'aura pas été empêchée

Le certificat prénuptial ne donnera pas, non plus des résultats désirés. Les partenaires peuvent être tout à fait bien portants au moment de l'examen prénuptial, ce qui leur permet de se marier. Mais ensuite l'un d'eux, ou tous les deux, peuvent contracter une maladie héréditaire. Rien alors ne les empêchera de la transmettre à leurs enfants.

Pour empêcher la multiplication des anormaux, il ne faudrait que leur interdire la procréation. Les rapports sexuels ne doivent pas intéresser la société parce que c'est une fonction essentiellement individuelle. La collectivité doit seulement contrôler la procréation qui est une fonction sociale.

En général, il faut faire une distinction entre ces deux fonctions. Pour la nature, le plaisir du rapport sexuel et la procréation sont étroitement liés. Pour elle, la reproduction, qui est indispensable à la conservation de l'espèce, est un but, tandis que le plaisir sexuel n'est qu'un moyen. Chez l'homme, et surtout chez l'homme culturel des pays occidentaux, la fonction génératrice et la satisfaction sexuelle sont devenues indépendantes. La dernière joue

même un rôle beaucoup plus prépondérant que la première. Rien d'étonnant qu'on voit si souvent des couples qui s'adaptent admirablement au point de vue de la reproduction, se séparer faute de satisfaction sexuelle. Et au contraire, on voit souvent des couples, incapables à la procréation, vivre heureux dans leur satisfaction sexuelle.

La séparation entre le plaisir d'une fonction et son but n'est pas caractéristique seulement pour la vie sexuelle. Dans les autres domaines de la vie de l'homme un pareil processus s'est fait également au cours de son développement culturel.

« Ainsi l'œil, écrit le professeur Grotjahn (9), rend possible la vue, qui est absolument nécessaire pour la conservation de l'existence, mais en même temps il est la source de sensations de plaisir qui conditionnent que la vue soit employée même lorsque la nécessité stricte de l'existence ne le demande pas.

« Le plaisir qui est lié à la vue devient chez l'homme culturel indépendant à un tel point que le plaisir de regarder l'art et la nature n'a rien de commun avec la nécessité stricte de la vie.

« Aussi l'organe d'ouïe ne sert pas seulement pour entendre les bruits annonçant le danger, mais aussi les sons agréables de la musique raffinée et compliquée ».

La séparation qui s'est fait chez l'homme culturel entre la satisfaction sexuelle et la procréation a ses avantages. Cette séparation a créé des conditions pour que la procréation ne subisse plus la loi de l'un des plus forts instincts, l'instinct sexuel, mais celle de la raison. C'est une des

(9) Prof. Grotjahn, ouvrage cité, p. 205.

conditions indispensables, mais non suffisantes, de la réglementation de la fonction génératrice.

Pour que la réglementation soit possible, il faut encore que l'homme dispose de moyens anticonceptionnels sûrs. Or, tous ceux qui existent à l'heure actuelle ne donnent pas la garantie nécessaire.

Les découvertes de Knaus en 1929 et de Ogino en 1930 ont ouvert de nouvelles possibilités de la réglementation de la procréation.

Le premier a constaté que l'ovulation chez la femme a lieu du 14° au 16° jour après le début des règles, l'autre a constaté qu'elle a lieu du 16° au 12° jour avant les règles suivantes, ce qui revient au même.

Ils ont déduit de ces faits que la phase de fécondabilité physiologique en rapport avec cette ovulation était limitée dans le cycle et pouvait être déterminée à priori pour une femme donnée tant que son cycle restait régulier.

Notre maître Devraigne et le docteur J. Seguy ont vérifié la découverte de Knaus et Ogino, et ils ont constaté qu'elle est juste dans 4/5° des cas environs.

« Ils (Knaus et Ogino) nous semblent commettre une erreur, écrivent-ils (10), en confondant ovulation et fécondation, et en déterminant l'une par les dates approximatives de l'autre. En effet, la fécondation nécessite évidemment l'existence d'un ovule fraîchement émis, mais également la possibilité pour les spermatozoïdes de trouver la voie libre pour atteindre cet ovule.

« Or, la perméabilité des voies génitales basses de la femme, et en particulier du col utérin, aux spermatozoïdes

(10) Dr L. Devraigne et Dr J. Seguy : Recherche des phases physiologiques de stérilité et de fécondabilité de la femme. Le Monde Médical, 855, N° 15 novembre 1934, p. 989-990.

n'est réalisée dans le cycle que pour un laps de temps assez court et variable, suivant chaque femme.

« Cette période de perméabilité est caractérisée essentiellement par l'apparition dans le col utérin d'une sécrétion glaireuse, filante et translucide, analogue à du blanc d'œuf crû sur laquelle l'un de nous a eu le mérite d'insister le premier et de démontrer le rôle essentiel dans l'ascension des spermatozoïdes par une série de preuves, dans de magnifiques documents micro-photographiques.

« La période de fécondabilité de la femme est mesurée exactement par le temps où il existe dans son col des glaires translucides.

« On pourrait schématiser de la façon suivante :

« *Pas de glaires cervicales = pas de fécondation possible.* »

Un peu plus loin ils écrivent que, pour que la fécondation soit possible, il faut :

1° « *Que la femme ait un rapport sexuel pendant la période des glaires translucides*, car en dehors de ces quelques jours, les spermatozoïdes déposés dans le vagin, ne pouvant pénétrer dans le col, sont voués à une mort rapide. Cette phase de perméabilité, nous le répétons encore, n'est pas la même pour chaque femme et demande à être recherchée systématiquement, *car sa durée et sa date d'apparition varient suivant chaque femme dans les limites importantes, mais, une fois déterminée pour une femme donnée, cette phase de perméabilité physiologique reste à peu près fixe* dans le cycle, d'où l'intérêt de sa recherche.

2° « *Que l'ovulation se produise en connexion intime avec cette période.*

« Des recherches faites par l'un de nous, il semble ressortir que, normalement, l'ovulation se fait au cours de la période des glaires perméables du col, le plus souvent à

la fin. Toute ovulation qui se produira en dehors de cette période de perméabilité du col sera inutile : l'ovule ne pouvant être fécondé ».

Enfin, notre maître Devraigne et le docteur J. Seguy arrivent à la conclusion suivante :

« *La recherche systématique des glaires cervicales fluides et translucides* permet de savoir à priori si une femme donnée rentre dans les cas où la règle d'Ogino-Knaus peut être suivie avec succès, ou si au contraire la perméabilité de son col se fait à contre-temps. Cette recherche évitera de désagréables surprises ».

La découverte d'Ogino-Knaus et surtout celle de notre maître Devraigne et du docteur Leguy, ont une importance énorme pour le développement de l'eugénique. Grâce à ces découvertes, elle pourra sortir du domaine théorique et entrer dans celui de la pratique quotidienne.

Grâce aux conclusions Ogino-Knaus et Devraigne-Seguy, la *maternité consciente et contrôlée* pourra devenir une réalité. Mais il faut populariser ces conclusions dans les larges masses populaires. Il faut donner à chaque femme la possibilité de se soumettre à un examen gynécologique pour connaître sa période de fécondabilité.

Ces découvertes donneront des possibilités énormes. Enfin, chaque couple, aura la possibilité de choisir le moment le plus favorable, au point de vue physique, moral et matériel, pour la procréation. L'observation des règles d'hygiène obstétricale deviendra également réalisable.

D'après le professeur Grotjahn, la santé de la mère et les soins nécessaires au nourrisson exigent un intervalle entre deux accouchements successifs d'au-moins 2 ans. Cet intervalle pourra être observé.

La lutte contre la mortalité infantile par diarrhée cholériforme qui est de 25 % chez les enfants au-dessous d'un an, deviendra également possible. Comme les diarrhées de la première enfance sont surtout fréquentes et meurtrières pendant les chaleurs de l'été, les femmes pourront régler leurs grossesses de telle façon qu'elles n'accouchent pas pendant les grandes chaleurs.

En ce qui concerne l'élimination des individus tarés de la procréation, l'idéal serait que *la loi interdise la procréation à tout individu porteur de tares héréditairement transmissibles, ce qui signifie que chaque couple devrait se soumettre avant chaque procréation à un examen médical complet basé sur les textes sérologiques, radiologiques et psychologiques.*

En ce qui concerne les individus qui se montreraient incapables d'observer cette loi à cause de leurs troubles mentaux, l'idéal serait de leur faire subir la stérilisation qui est une intervention insignifiante au moins pour l'homme, et qui supprime la reproduction sans empêcher l'union sexuelle.

On ne saurait nier que des méthodes aussi radicales présentent un certain danger. Qui nous dit que certains partis, que certains peuples, après une évolution ou une guerre sanglante, n'imposeraient pas un jour l'interdiction de la procréation ou la stérilisation à leurs adversaires ou à leurs ennemis vaincus ?

Mais nous avons confiance dans l'avenir ; nous croyons dans le progrès humain. L'humanité peut être arrêtée momentanément dans sa marche en avant par les forces conservatrices de la société, elle peut même être rejetée en arrière vers des formes plus ou moins sauvages. Mais il n'y a pas de force aussi puissante qui pourrait arrêter à

jamais la progression de l'humanité vers des formes de vie de plus en plus nobles.

Après des errements plus ou moins longs, les peuples construiront un régime social dans lequel l'exploitation de l'homme par l'homme qui est la source de tous les conflits et de toutes les brutalités, n'existera plus. Alors, et alors seulement, le progrès scientifique ne sera plus un danger pour l'existence humaine et l'application de l'Eugénique ne pourra que contribuer à l'amélioration physique, morale et intellectuelle de l'espèce humaine.

« ... Nous souffrons en France, non pas d'une crise de natalité, à peine d'une crise de mortalité infantile, mais avant tout d'un excédent de mortalité chez l'adolescent et l'adulte jeune ».

J. GODARD (La situation démographique à Paris en 1929).

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION EN EUROPE ET EN FRANCE

On nous reprochera certainement que l'application du principe de la *maternité consciente et contrôlée* créera un danger de dépopulation en général, et en France, en particulier.

Pour répondre à cette objection, il nous faut faire un examen du mouvement de la population en Europe et en France.

On verra que les alarmistes qui considèrent la diminution de la natalité comme source de la dépopulation, se trompent dans leurs prophéties trop pessimistes.

Tout d'abord nous devons constater que la natalité est dans les principaux pays d'Europe, en décroissance. Le tableau suivant de G.V. Mayr (1) en est une preuve :

(1) G. v. Mayr, Statistik und Gesellschaftslehre. Bd. 2, Bevölkerungsstatistik, 2 Aufl. Tübingen, 1924.

La natalité pour 1.000 habitants

	1865-69	1876-80	1887-91	1891-1900	1901-10	1913
Allemagne		39.2	36.5	36.1	32.9	27.5
Suisse		31.3	27.7	28.1	26.9	24.1
France	25.9	25.4	23.0	22.3	20.6	18.8
Angleterre	35.3	35.4	31.8	29.9	27.2	23.9
Italie	37.2	36.8	37.6	34.9	32.7	31.7
Belgique	31.8	31.9	29.3	29.0	26.1	22.6
Norvège	30.3	31.5	30.6	30.3	27.4	25.3
Suède	30.4	30.2	28.4	27.2	25.8	23.1

Nous voyons donc que, dans les pays occidentaux, la natalité est en diminution progressive depuis la seconde moitié du XIX^e siècle. *Mais il faut noter que la diminution est en France, de 1876 à 1913, de 6,6, alors qu'elle est pour la même période, de 11.7 en Allemagne et de 11.5 en Angleterre.*

Mais, en même temps, la mortalité diminue beaucoup plus vite que la natalité.

Mortalité p^r 1.000 habitants d'âge moyen (sans mort-nés) (2):

<i>France</i>	<i>Allemagne</i>	<i>Angleterre</i>
1877-1886 .. 22.0	1901 21.0	1876-85 .. 20.7
1886-1895 .. 21.6	1907-14 .. 18.1	1886-95 .. 20.1
1896-1905 .. 18.7		1896-1905 .. 18.3
1908-1913 .. 16.6		1906-1915 .. 15.5

(2) G. v. Mayr, ouvrage cité, p. 351.

<i>Italie</i>	<i>Suisse</i>	<i>Belgique</i>
1877-1886 .. 28.5	1876-1889 .. 23.0	1876-1885 .. 20.6
1886-1895 .. 25.4	1886-1901 .. 21.1	1886-1895 .. 20.0
1896-1905 .. 21.3	1896-1905 .. 18.4	1896-1905 .. 17.5
1907-1914 .. 18.9	1906-1915 .. 15.8	1909-1912 .. 15.9

La diminution de la mortalité a déterminé, dans presque tous les pays, malgré la diminution de la natalité, un excédent de celle-ci :

Excédent de la natalité pour 1.000 habitants :

	1876-85	1886-95	1895-1905	1908-13
Allemagne	12.2	12.6	14.6	13.0
Suisse	7.9	7.03	10.4	9.5
Pays-Bas	13.2	13.2	15.1	15.2
Danemark	12.9	12.3	13.9	13.9
Angleterre	14.2	12.1	11.8	10.8
France	2.4	0.5	1.4	0.9
Italie	8.9	10.4	10.8	12.0
Russie	—	12.8	16.0	16.7
Espagne	4.6	5.3	7.3	9.3

Donc, la diminution progressive de la mortalité est le trait le plus caractéristique pour la seconde moitié du XIX^e siècle au point de vue du mouvement de la population. Elle est la cause, malgré la diminution de la natalité, d'un accroissement de la population dans presque tous les pays d'Europe.

(3) G. v. Mayr, ouvrage cité, p. 258.

D'après Wl. Woytynski (4), on compte dans les principaux pays de l'Europe :

La population en 1.000

	1480	1580	1680	1780	1880	1920	1931
Angleterre							
	3.700	4.600	5.532	9.561	35.004	46.873	
France							
	12.600	14.300	18.800	25.100	37.400	39.210	41.837 ⁽⁵⁾
Prusse							
	800	1.000	1.400	5.460	27.279	37.485	
Russie							
	2.100	4.300	12.600	26.800	84.440	101.410	
Italie							
	9.200	10.400	11.500	12.800	28.910	38.836	
Espagne							
	8.800	8.150	9.200	9.960	16.290	21.338	

D'après le même auteur l'accroissement de la population d'Europe se présente de la façon suivante :

1350	100 millions	1880	334 millions
1700	110 »	1890	365 »
1750	140 »	1900	406 »
1800	187 »	1910	443 »
1850	267 »	1920	449 »

Nous voyons donc que l'accroissement de la population d'Europe est progressif. Il était très lent du XIV^e jusqu'au XVII^e siècle, puis il s'est accéléré un peu au cours du XVIII^e

(4) Wl. Wojtynski. Die Welt in Zahlen. Berlin, 1925. S.24.

(5) Le mouvement de la population aux recensements de 1861 à 1931. Biologie médicale. Mai 1932, p. 238.

siècle. C'est surtout depuis le XIX^e siècle que l'accroissement a pris une vitesse énorme à cause de la diminution de la mortalité qui était le résultat de la lutte rationnelle contre les différents fléaux.

D'après O. Landwehr (6), la population de l'Europe a augmenté chaque année pendant les dix années avant la guerre de 0.88 %, c'est-à-dire de 3.960.000 habitants. Si le rythme de la progression reste le même, l'Europe aura, d'après le même auteur, une population suivante :

1930 560 millions	1970 860 millions
1940 620 »	1980 960 »
1950 690 »	1990 .. 1.070 »
1960 770 »	2000 .. 1.190 »

Nous voyons donc que, malgré la régression de la natalité en Europe, sa population s'accroît progressivement. Si la régression de la natalité ne se faisait pas spontanément, l'Europe serait aujourd'hui probablement surpeuplée.

L'application des principes de la *maternité consciente et contrôlée* ne peut d'aucune façon créer un danger de dépopulation, mais au contraire, en éliminant de la procréation les malades et les tarés, elle fera diminuer la mortalité en général, et la mortalité infantile, en particulier, et par là elle contribuera à l'augmentation de la population de tous les pays d'Europe.

On peut dire que la régression de la mortalité en Europe diminue d'une certaine façon le devoir générateur de la femme et lui donne la possibilité de travailler ensemble

(6) O. Landwehr. *Übervölkertes Land. Eine bevölkerungs politische studie über Gegenwart und zukunft Europas*. Wien 1923.

avec l'homme pour le progrès matériel et intellectuel de l'humanité et de profiter dans une plus grande mesure des avantages que donne ce progrès.

Dans des conditions normales il n'y a pas à craindre une régression exagérée de la natalité. Chez tous les individus, et surtout chez les femmes, existe une volonté instinctive plus ou moins grande pour avoir des enfants.

S'il y a un danger d'une régression exagérée de la natalité, il ne faut pas le chercher dans l'Eugénique, mais dans les conditions économique-sociales de la société.

« La natalité, qui dépend de causes naturelles, telles que l'âge des parents, le climat, etc..., est aussi, d'après M. Husson, fonction de causes économique-sociales beaucoup plus complexes, telles que l'état de prospérité des nations, leur instruction, leur degré d'évolution, le développement de la législation d'assistance, etc... » (7).

La crise économique, le chômage, les taudis et la misère sont souvent les causes principales de la régression exagérée de la natalité.

« Les difficultés croissantes pour la plupart des époux, écrit le professeur Grotjahn (8), d'organiser leur vie, dans les villes et dans les régions industrielles, sont le frein principal de la volonté d'avoir des enfants ». « Il est donc indispensable, écrit-il, d'adoucir ou de supprimer ce frein, ou même de le transformer dans un facteur contraire ».

Un aspect tout particulier présente le mouvement de la population en France. Cette question mérite donc une étude à part.

(7) Le mouvement de la population aux recensements de 1861 à 1931. *Biologie Médicale*. 5. Mai 1932, p. 246-247.

(8) Prof. A. Grotjahn, ouvrage cité, p. 211.

Pour comprendre ce problème en France en comparaison avec celui des autres pays d'Europe, il nous faut analyser le tableau suivant de Wl. Wojtynski (9) :

Pour 1.000 habitants surviennent chaque année :

	Mariages	Naissances	Décès	Excédent de natalité
Russie (1906-1909)	8.6	45.6	28.9	16.7
Allemagne (1908-1913)	7.8	29.5	16.5	13.0
Angleterre (1908-1913)	7.6	24.9	14.1	10.8
<i>France</i> (1908-1913)	<i>7.9</i>	<i>19.5</i>	<i>18.6</i>	<i>0.9</i>
Italie (1908-1913)	7.7	32.4	20.4	12.0
Espagne (1908-1913)	7.0	32.1	22.8	9.3
Belgique (1909-1912)	7.9	23.4	15.7	7.7
Pays-Bas (1906-1913)	7.5	29.1	13.9	15.2
Suisse (1908-1913)	7.3	24.7	15.2	9.5

Tout d'abord, on est frappé par le très petit, en comparaison avec les autres pays, *excédent de natalité* en France. Ce dernier est déterminé par la natalité qui est plus petite et la mortalité qui est plus grande que dans les principaux pays d'Europe occidentale. Le tableau nous montre que l'insuffisance de natalité n'est pas due à une diminution de la nuptialité, au contraire elle est en France plus grande que dans les autres pays occidentaux.

Il faut donc admettre que la petite natalité est due à une limitation volontaire de procréation qui est influencée par les conditions économique-sociales des larges masses du peuple.

Le professeur Couvelaire pense qu'il ne suffit pas, pour augmenter la natalité, de promulguer des lois représ-

(9) Wl. Wojtynski : Die Welt in Zahlen. Berlin 1925, Bd. I.S.60.

sives contre l'avortement criminel et contre l'infanticide, de protéger les enfants abandonnés, etc...

« Il faut, écrit-il (10), que toute femme ait la possibilité d'accomplir intégralement la fonction maternelle (gestation, parturition, allaitement) dans les meilleures conditions matérielles et morales.

« Il faut que la mère et l'enfant soient protégés pendant toute la durée de la symbiose physiologique qui commence avec la fécondation et finit avec le sevrage.

« Il faut que la maternité ne soit pour aucune femme, ni un déshonneur, ni une charge impossible à supporter ».

Depuis environ cinquante ans, des efforts législatifs convergents ont été effectués, en France, dans cette direction. On en a la preuve dans les lois du 23 décembre 1874 sur la protection des enfants du premier âge, du 27 juin 1904 sur les enfants assistés, du 17 juin 1913 sur l'assistance aux femmes en couches, du 14 juillet 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses, du 30 juillet 1913 sur les primes journalières d'allaitement, du 29 juin 1918 sur les primes à la natalité, du 24 octobre 1919 sur les allocations supplémentaires d'allaitement, du 22 juillet 1923 sur l'encouragement national aux familles nombreuses, etc...

Il ne semble pas que ces efforts en faveur de la maternité aient été inutiles, puisque, « depuis la guerre, la France est le pays où la natalité a le moins régressé ; actuellement, elle se tient à un taux rectifié un peu supérieur à ceux des pays européens les mieux comparables par le climat et l'évolution de leurs habitants (Allemagne et Angleterre en particulier) » (11).

(10) Prof. Couvelaire, ouvrage cité, p. 34.

(11) Le mouvement de la population. Biologie Médicale. Mai 1932, p. 247.

Mais malgré cela, les conclusions relatives à l'accroissement de la population française sont moins favorables, parce que, comme nous montre le tableau de Wl. Woytinski (voir p. 88), l'excédent annuel des naissances sur les décès est anormalement faible.

Cette faiblesse de l'excédent des naissances est surtout due à la grande mortalité en France.

La mortalité générale est dans son ensemble abaissée en France, comme dans les autres pays d'Europe, mais d'une façon moins sensible qu'en Allemagne, en Angleterre et les pays scandinaves.

Voici la statistique que nous donne le professeur Couvelaire (12) :

La mortalité calculée sur 10.000 habitants est passée en France, de 250 (période 1871-1875) à 200 pour la période 1902-1911.

L'Allemagne, qui avait une mortalité de 280 pour 10.000 était arrivée au coefficient de 160.

L'Angleterre, qui a toujours eu une mortalité plus faible que la France, est passée pour les mêmes périodes, de 220 à 140.

La mortalité des enfants, de zéro à un an, est, en France, en voie de décroissance :

1892-1895	258	pour	1.000
1901-1915	164	»	»
1908-1913	123	»	»

Mais elle est encore supérieure à ce qu'elle est en Suisse, en Suède, en Norvège.

(12) Prof. Couvelaire, ouvrage cité, p. 39 et 42.

Pour l'année 1909, par exemple, elle était :

Suisse	108	pour 1.000
Suède	77	» »
Norvège	67	» »

D'après le docteur Valot (13) (« L'heureuse évolution de la mortalité dans le monde ») le quotient de mortalité pour 100.000 serait en France, pour l'homme à vingt ans, de 639, alors qu'il n'est que de 427 en Allemagne et de 349 en Angleterre. A trente ans, le quotient serait de 434 pour l'Angleterre, 407 pour l'Allemagne et 660 pour la France.

Nous voyons donc que la mortalité des adultes, faible en Allemagne et en Angleterre, est trop élevée en France.

D'après M. Boverat, vice-président du Conseil de la Natalité en France, la France a, depuis 50 ans, accumulé des vieillards et laissé diminuer le nombre d'enfants ; le nombre des adultes apparaît beaucoup trop faible en comparaison avec celui des individus de 60 ans ou plus.

M. J. Godard est même d'avis que la France souffre, « *non pas d'une crise de natalité, à peine d'une crise de mortalité infantile, mais avant tout d'un excédent de mortalité chez l'adolescent et l'adulte jeune* » (14).

L'application du principe de *la maternité consciente et contrôlée*, loin de gêner cet effort, contribuerait, au contraire, à son grand succès.

Nous pensons qu'un des devoirs les plus urgents de la France est de faire un grand effort pour l'abaissement de la mortalité.

(13) Dr G. G. Valot. L'heureuse évolution de la mortalité dans le monde. Thèse de Paris, 1932.

(14) J. Godard. La situation démographique à Paris en 1929. Revue de l'Hygiène. Décembre 1934, p. 743.

La maternité consciente et contrôlée peut devenir un des puissants instruments de l'humanité dans sa lutte pour une meilleure existence, d'où tant de fléaux et notamment la maladie évitable et la mort prématurée devront être bannis.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié le rôle énorme de la procréation dans la transmission des maladies héréditaires.

L'idéal serait d'empêcher la procréation de tout individu porteur de tares héréditairement transmissibles.

On sait que dans certains pays des Etats-Unis et de la Scandinavie, le mariage est interdit aux individus qui ne présentent pas des garanties suffisantes au point de vue de la capacité de procréer des êtres sains de corps et d'esprit. Il existe même dans un pays des lois ordonnant la stérilisation de ces individus. On ne saurait, dans l'état actuel de l'opinion, préconiser des méthodes aussi radicales.

L'habitude d'interdire la procréation ou de pratiquer la stérilisation présente un certain danger. Qui nous dit que certains partis, que certains peuples, après une évolution ou une guerre sanglante, ne l'imposeraient pas un jour à leurs adversaires ou à leurs ennemis vaincus ?

Ce qu'il faut faire, c'est de propager dans le peuple l'importance des *consultations prénuptiales et prénatales*.

Il serait très utile de créer un large réseau des dispensaires spéciaux pour ces consultations.

Très souvent l'intervention persuasive du médecin pourra jouer un rôle énorme.

L'éducation générale du public peut aussi donner un résultat favorable au point de vue de périculture avant la procréation.

Vu : *Le Président*,
A. COUVELAIRE.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. E. APERT. — Maladies familiales congénitales. Paris, 1907.
- F. BOVERAT. — Danger des mesures préconisées pour éviter la naissance des enfants anormaux. (Hygiène et Vie, n° 6, juin 1933 et n° 7, juillet 33).
2. L. BERNARD. — Tuberculose et hérédité. (La Presse Médicale, 18 mars 1925).
3. L. BERNARD et PARAF. — Alcoolisme. Pathologie Médicale. Collection du Prof. Bezançon, 1925.
4. BEZANÇON et BRAUN. — La notion de tuberculose familiale. Son importance pour le diagnostic et les directives qu'elle impose. (La Médecine, mai 1925).
5. CALMETTE, VALTIS et LACOMME. — Infection tranplacentaire par ultra-virus et hérédité tuberculeuse. (Ann. de l'Institut Pasteur. N. 10. 10 octobre 1928)
6. CARLE. — Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. (La Presse Médicale, 24 avril 1920).
7. A. COUVELAIRE. — Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. (La Presse Médicale, 19 fév. 1927).
8. A. COUVELAIRE. — Obstétricie sociale (Médecine sociale, T. XXXIII de la collection du prof. Sergent. 1925).
9. COUVELAIRE et LACOMME. — Tuberculose congénitale. (Soc. Obst. de Gynécologie de Paris, 9, janvier 1928).

10. O. CROUZON. — Maladies héréditaires familiales et dystrophiques. (Pratique médico-chirurgicale, tome V, 1931).
— L'Hérédité et l'éducation morbides.
11. Ch. DEBIERRE. — L'hérédité normale et pathologique, 1910.
12. L. DEVRAIGNE. — Vingt-cinq ans de puériculture et d'hygiène sociale.
13. — Ce qu'on ne devrait plus voir. (Maman, n° 47, 10 décembre 1932).
14. L. DEVRAIGNE et J. SEGUY. — Recherche des phases physiologiques de stérilité et de fécondabilité de la femme. Etude critique des théories de Knaus et d'Ogino. (Le Monde Médical, 15, novembre 1934).
15. J. GODARD. — La situation démographique à Paris en 1929. Revue d'Hygiène, N/10, décembre 1934).
16. R. GOLDSCHMIDT. — Die Lehre von der Vererbung. 1929.
17. A. GROTJAHN. — Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Berlin, 1926.
18. G. ICHOK. — Etudes sur la population française. Biologie Médicale, N° 5, mai 1932.
19. — La consommation d'alcool en France. Le Siècle Médical, 1 mai 1935.
20. JEANSELME et SEZARY. — Précis de syphilographie et des maladies vénériennes.
21. O. LANDWEHR. — Übervölkertes Land. Eine bevölkerungs politische studie über Gegenwart und Zukunft Europas Wien, 1923.
22. J. LAUZIER. — L'Enfance déficiente (Revue d'Hygiène, n 2, février 1934).
23. A. LESAGE. — Enfance et Hérédité. 1933.

24. C. LOMBROSO. — L'Homme de génie. 1903.
25. A. LUMIÈRE. — Tuberculose. Contagion. Hérité, 1930.
26. G. v. MAYER. — Statistik und Gesellschaftslehre. Bd. 2.
Bevölkerungs statistik 2. Aufl. Tübingen 1924.
27. K. G. RAKOWSKY. — De la question de l'étiologie du
crime et de la dégénérescence. Thèse de Mont-
pellier, 1897.
28. W. REICH. — La crise sexuelle. 1934.
29. H. ROGER. — Les dangers de l'Alcoolisme. 1926.
30. HERMANN WERNER SIEMENS. — Théorie de l'hérité.
Hygiène des races et Politique de peuplement.
1929.
31. W. WEINBERG. — Die Fruchtbarkeit der Phtisiker bei-
derlei Geschlechtes. Sitzungsbericht vom 21 mai
1908 der Gesellschaft für Soziale Medizin in
Berlin, Zeitschr. f. soziale Medizin 1909. Bd. 4.
32. Wl. WOJTYNSKI. — Dei welt in Zahlen. Berlin, 1928.
33. G. G. VALOT. — L'heureuse évolution de la mortalité
dans le monde. Thèse de Paris, 1932.
34. VAUDREMER. — Rapport au Congrès de la tuberculose
sur l'ultra-virus tuberculeux en Pathologie.
(Le Siècle Médical, 1^{er} mai 1935).
35. * — Le mouvement de la population aux recense-
ments de 1861 à 1931. (Biologie médicale, mai
1932).
36. * — Le traitement médical et pédagogique des en-
fants déficients et arriérés mentaux. (Les échos
de la Médecine, 15 février 1932. 4).

IMPRIMERIE LES PRESSES MODERNES

(Atelier et Direction)

96, Galerie Beaujolais - Palais Royal — PARIS (1^{er})

